FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

Année 1965

N° 187

THESE

pour le

DOCTORAT EN MEDECINE

(Diplome d'Etat)

par

BOUTON Claude

(Attaché-Assistant au Laboratoire d'Histologie)
de la Faculté de Médecine

né le 9 Mai 1935 à COURBEVOIE

Présentée et soutenue publiquement le

ENDOMETRIOSE

Essai pathogénique à propos de

cas observés à la Clinique Baudelocque

PRESIDENT : Monsieur le Professeur A. GIROUD

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

Année 1965 N°

THESE

pour le

DOCTORAT EN MEDECINE

(Diplome d'Etat)

par

BOUTON Claude

(Attaché - Assistant au Laboratoire d'Histologie)
de la Faculté de Médecine
né le 9 Mai 1935 à COURBEVOIE

Présentée et soutenue publiquement le

ENDOMETRIOSE

Essai pathogénique à propos de

cas observés à la Clinique Baudelocque

PRESIDENT : Monsieur le Professeur A. GIROUD

UNIVERSITEITSBIBLIOTHEEK - LEIDEN -

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. Alajouanine (T.), Aubin (ı.), Bénard (H.), Binet (L.) Bulliard (H.), Cadenat (F.), Cathala (J.), Chabrol (E.), Chailley-Bert (P.), Debré (R.), Fey (B.), Gaillard (H.), Gaudart d'Allaines (F. de), Gennes (L. de), Halphen (E.), Hazard (R.), Heuyer (G.), Laroche (G.), Lavier (G.), Lelong (M.), Lévy-Solal (E.), Lian (C.) Mathieu (P.), Monod (R.), Moreau (R.), Moulonguet (P.), Mouquin(M.) Olivier (E.), Pasteur Vallery Radot, Petit Dutaillis (D.) Piedelièvre (R.), Quénu (J.), Richet (C.), Senèque (J.), Strohl (A.), Tanon (L) Verne (J.)

DOYEN	Gaston	CORDIER
ıer ASSESSEUR	Daniel	BARGETON
2èmeASSESSEUR	Paul	CASTAIGNE

I.- PROFESSEURS

a. CHAIRES de SCIENCES FONDAMENTALES

a. Professeurs Titulaires :

Anatomie	DELMAS (A.)
Anatomie pathologique	DELARUE (J.)
Anesthésiologie	BAUMANN (J.)
Biochimie Médicale	JAYLE (M.F.)
Biologie appliquée à l'Educ.phy. & aux sports	MALMEJAC (J.)
Biologie médicale	FAUVERT (R.)
Biophysique médicale	BUGNARD (L.)
	DJOURNO (A.)
	DOGNON (A.)
Cancerologie médicale et sociale	BERNARD (J.)
Chimie pathologique	SCHAPIRA (G.
Embryologie	TUCHMANN (H.)
Gérontologie expérimentale	N...
Histoire de la Médecine et de la Chirurgie	JOANNON (P.)
Histologie	GIROUD (A.)
Hygiène et Médecine préventive	BOYER (J.)
Médecine du travail	DESOILLE (H.)
Médecine légale	DEROBERT (L.)
Microbiologie (Bactériologie et Virologie)	FASQUELLE (R.)
Parasitologie	BRUMPT (L.C.)

Pathologie Chirurgicale	LAURENCE (G.)
Pathologie exotique	N...
Pathologie expérimentale et comparée	MERKLEN (F.P.)
Pathologie médicale	LAROCHE (Cl.)
	BRICAIRE (H.)
Pathologie respiratoire	TURIAF (J.)
Pathologie et thérapeutique générales	DEPARIS (M.)
Pharmacologie	CHEYMOL (J.)
Physiologie	BARGETON (D.)
	PARROT (J.)
Physiologie et Pathologie Obstétricales	LEPAGE (F.)
Radiologie médicale	DESGREZ (H.)
Technique chirurgicale et Chirurgie expéri^{le}	CAUCHOIX (J.)
Thérapeutique	CONTE (M.)
Thérapeutique appliquée	LAMOTTE (M.)

b. Professeurs à titre personnel :

Anatomie anthropologique	OLIVIER (G.)
Biochimie médicale	DESGREZ (P.)
	POLONOVSKI (J.)
Biologie médicale	BOURLIERE (F.)
Pharmacologie	LEVY (Melle J.)
Physiologie	DEJOURS (P.)
Physique médicale	KELLERSHOHN (L.)
	GOUGEROT (L.)
Radiologie médicale	FISCHGOLG (H.)

2°.- CHAIRES DE SCIENCES CLINIQUES

a.- Professeurs titulaires

Clinique carcinologique chirurgicale(Necker)	REDON (H.)
Clinique cardiologique (Broussais)	SOULIE (P.)
(- Beaujon	LORTAT-JACOB(J.L.)
)- Cochin	LEGER (L.)
(- Hotel Dieu	PATEL (J.)
Clinique Chirurgicales)- Pitié	CORDIER (G.)
(- Saint Antoine	GOSSET (J.)
)- Salpêtrière	SICARD (A.)
(- Tenon	OLIVIER (Cl.)
Clinique de Chirurgie infantile & ortho.(E.malades)	FEVRE (M.)
Clinique chirurgicale ortho. et traumatique(Cochin)	MERLE d'AUBIGNE
Clinique de chirurgie cardio-vasculaire(Broussais)	DUBOST (Ch.)
Clinique de chirurgie pleuro-pulmon.(Laennec)	MATHEY (J.)
Clinique endocrinologique (Pitié)	DECOURT (J.)
Clinique de génétique médicale (Enfants malades)	LAMY (M.)
Clinique Gynécologique (Broca)	HUGUER (J.)

Clinique des maladies cutanées & syphi.(St Louis) DEGOS (R.)
Clinique des maladies d'enfants(Enfants malades) TURPIN (R.)
Clinique des maladies infectieuses(Cl.Bernard) MOLLARET (P.)
Clinique des maladies mentales & encéphales (Ste Anne) DELAY (J.)
Clinique des maladies métaboliques (Necker) HAMBURGER (J.)
Clinique des maladies du sang (Broussais) MARCHAL (G.)
Clinique des maladies du système nerveux(Salpêtrière) CASTAIGNE(P.)

Cliniques médicales
(- Broussais MILLIEZ (P.)
)- Broussais LENEGRE (J.)
(- Cochin BROUET (G.)
)- Hotel Dieu BARIETY (M.)
(- Lariboisière SEZE (S. de)
)- Pitié DREYFUS (G.)
(- Saint Antoine KOURILSKY (R.)
)- Saint Antoine BOUDIN (G.)

Clinique d'hydrologie et climatologie(Bichat) DEBRAY (Ch.)
Clinique médicale infantile de péd.sociale(E.malades) MARIE (J.)
Clinique médicale propédeutique (Broussais) JUSTIN-BESANCON(L)
Clinique médico-sociale du diabète sucré et des maladies de la nutrition(Hôtel Dieu) DEROT (M.)
Clinique de neuro-chirurgie (Pitié) DAVID (M.)
Cliniques neurologiques (Salpêtrière) GARCIN (R.)
Cliniques obstétricales (Baudelocque) LACOMME (M.)
MERGER (R.)
Clinique obstétricale & gynécologique(Port-Royal) VARANGOT (J.)
Clinique ophtalmologique (Hôtel-Dieu) RENARD (G.)
(Cochin) OFFRET (G.)
Clinique oto-rhino-laryngologique (Lariboisière) AUBRY (M.)
Clinique de pédiatrie et puériculture(St Vincent de Paul) N...
Clinique de pneumo-phtisiologie (Laennec) BERNARD (E.)
Clinique de neuro-psychiatrie infantile(Salpêtrière) MICHAUX (L)
Clinique de rhumatologie médicale & sociale(Cochin) COSTE (F.)
Clinique stomatologique (Salpêtrière) DECHAUME (M.)
Clinique thérapeutique chirurgicale (Vaugirard) ROUX (M.)
Clinique thérapeutique médicale (St-Antoine) LEMAIRE (A.)
Clinique toxicologique GAUTIER (M.)
Clinique urologique (Cochin) ABOULKER (P.)
Clinique chirurgicale orthopédique & traumatologique PADOVANI (P)
Séméiologie médicale DOMART (A.)
Séméiologie et clinique chirurgicale POILLEUX (F.)
Séméiologie traumatique et orthopédique JUDET (R.)
Clinique urologique (Necker) COUVELAIRE (R.)
Hygiène et clinique de la première enfance(Trousseau) N...

b.- Professeurs à titre personnel :

Hydrologie et climatologie	GIBERTON (A.)
Maladies infectieuses	BASTIN (R.)
	AZERAD (E.)
	BOUR (H.)
	LAMBLING (A.)
	LHERMITTE (F.)
	PEQUIGNOT (H.)
	PERRAULT (M.)
	SIGUIER (F.)
	WORMS (R.)
Oto-rhino-laryngologie	MADURO (R.)
Pneumo-phtisiologie	KREIS (B.)
Rhumatologie	DELBARRE (F.)

II.- PROFESSEURS SANS CHAIRE, PROFESSEURS AGREGES et MAITRES DE CONFERENCES - AGREGES

Anatomie :

CABROL (C.)
COUINAUD (C.)
GILLOT (C.)
HUREAU (J.)

Anatomie pathologique :

GAUTHIER VILLARD (Melle)
ABELANET (R.)
CHOMETTE (G.)
GOUYGOU (Ch.) pr.s.ch.
NEZELOFF (Ch.)
ORCEL (L.)
PAILLAS (J.)

Anesthésiologie :

KERN (E.)
N. du BOUCHET (Mme)
VOURC'H (G.)

Bactériologie :

BARBIER (P.) pr.s.ch.
CHRISTOL (D.)
DAGUET (G.)
LE MINOR (L.)
TOURNIER (P.)

Biochimie médicale :

BAULIEU (Et.) M. Ch.
BOURILLON (R.)
CARTIER (P.) pr.s.ch.
CORNILLOT (P.)
DREYFUS (J.Cl.)
GONNARD (P.)
JEROME (H.)
KRUH (J.)
LEGRAND (J.Cl.)
NORDMANN (J.)

Biologie appliquée à l'Education physique et aux Sports :

PLAS (F.)

Biologie médicale :

BENHAMOU (J.P.)
BOIVIN (P.)
HARTMANN (L.)pr.s.ch.

Carcinologie :

BOIRON (M.)
DENOIX (P.)
MATHE (G.)
SELIGMANN (M.)

Hydrologie :

BESANCON (F.)
CORNET (A.)

Hygiène :

BLANCHER (G.)
CORRE-HURST(Mme L.)
ROUSSEL (A.)
SAPIN JALOUSTRE (H.)

Maladies infectieuses :

DUPONT (V.)
LISSAC (J.)
RAPIN (M.)

Maladies métaboliques :

ANTOINE (B.)
CROSNIER (J.)
RICHER (G.)
SEBAOUN (J.)

Médecine légale :

BOURGUIGNON (A.)
FOURNIER (E.)
GUENIOT (M.)
HADENGUE (A.)

Médecine du travail :

ALBAHARY (C.)

Neuro-chirurgie :

PERTUISET (B.)

Neuro-Psychiatrie :

CAMBIER (J.)
CATHALA (H.)
ESCOUROLLE (R.)
GAUTIER (J.Cl.)
LAPRESLE (J.)
LEREBOULET (J.)
PICHOT (P.)
TARDIEU (G.)

Obstétrique :

GRANJON (A.)
HERVET (E.)
LE LORIER (G.)
LEVY (J.)
LEWIN (D.)
MUSSET (R.)
ROBEY (M.)
SENEZE (J.)
SUREAU (C.)

Cardiologie :

HATT (P.Y.)

Dermato-Syphigraphie :

CIVATTE (J.)
DUPERRAT (B.)
HEWITT (J.)
TOURAINE (R.)

Electro-radiologie :

HEITZ (F.) M. Conf.
LEDOUX LEBARD (G.)

Embryologie :

ROUX (Ch.)

Hématologie :

BESSIS (M.)
BILSKI PASQUIER (G.)
DAUSSET (J.)
DUHAMEL (G.)

Histologie :

COUJARD (R.) pr.s.ch.
DA LAGE
MAROIS (M.)
RACADOT (J.)
SCHRAMM (B.)

Pathologie chirurgicale :

BARCAT (J.)
BINET (J.P.)
BLONDEAU (Ph.)
CERBONNET (G.)
CHATELIN (C.L.)
DAUTRY (P.)
DEMIRLEAU
DUBOST (Cl.)
FAUREL (J.)
FLABEAU (F.)
GALEY (J.J.)
GARBAY (M.)
GARNIER (H.)
GAUDART d'ALLAINES
GERMAIN (A.)
LATASTE (J.)
LOYGUE (J.)

MAILLARD (J.N.)
MERCADIER (M.)
NATALI (J.)
PELLERIN (D.)
PERROTIN (J.)
PREMONT (M.)
ROBERT (H.)
THOMERET (G.)
VAYSSE (J.)
TCHOBROUTSKY (Mme C.)
THOYER ROZAT (J.)

Ophtalmologie :

AUVERT (Mme B.)
BREGEAT (P.)
DUBOIS (A.)
FONTAINE (Mme M.)
SARAUX (H.)

Orthopédie :

DUPARC (J.)
MAURER (P.)
MEARY (R.)
POSTEL (M.)
RAMADIER (J.)

Oto-Rhino-Laringologie :

DEBAIN (J.)
PIALOUX (P.)
SERGENT (H.)

Parasitologie :

GOLVAN (Y.)
HO THI SANG (Melle)
LAPIERRE (J.)

Pédiatrie Puériculture :

ALAGILLE (D.)
ALISON (J.)
CANLORBE (P.)
GORIN (R.)
LAFOURCADE (J.)
LEPERCQ (G.)
LESTRADET (H.)
MALLET (R.)
MANDE (R.)
MINKOWSKY (A.)
POLONOVSKI (C.)
REY (J.)
RIBIERRE (M.)
ROSSIER (A.)
VIALATTE (J.)

Pharmacologie :

BOISSIER (J.)
LECHAT (P.)

Physiologie :

BARRES (G.)
DURAND (J.)
GIRARD (FR.) M.Cf.
HUGELIN (A.)
LAURENT (D.)
SCHERRER (J.)pr.s.ch.
VASSEUR (B.)

Pathologie exotique :

SCHNEIDER (J.)

Pathologie expérimentale :

BERTAUX (P.)
COTTENOT (Fr.)
LOEPER (J.)pr.s.ch.
MAURICE (J.)
MIKOL (Cl.)
PAUPE (J.R.)

Pathologie médicale :

ACAR (J.)
AUQUIER (L.)
AUSSANNAIRE (M.)
BEAUMONT (J.L.)
BERNIER (J.J.)
BOUVIER (J.)
BOUVRAIN (Y.)
BRISSAUD (H.)
BROCARD (H.)
BUGE (A.)
CANIVET (J.)
CARLOTTI (J.)
CATINAT (J.)
CHRETIEN (J.)
CLOAREC (M.)
COBLENTZ (B.)
CONTANIN (F.)
COURY (C.)
DEBRAY (J.)
ETIENNE (J.B.)

FREZAL (J.)
FRITEL (D.)
FUNCK BRENTANO (J.).
GRIVAUX (M.)
HAZARD (J.)
HENNEQUET (A.)
HIMBERT (J.)
HOUSSET (E.)
LAGRUE (G.)
LÉSOBRE (R.)
LEVEQUE (B.)
MACREZ (C.)
MOREAU (L.)
NENNA (An)
NICK (J.)
POULET (J.)
ROYER (P.)

Physique médicale :

CHANTEUR (J.)
COURSAGET (J.)
GREMY (F.)
MILHAUD (G.)
PAGES (J.C.L.)
PELLERIN (P.)
ROUCAYROL (J.C.)
TUBIANA (M.)

Pneumo-phtisiologie :

DECROIX (G.)
ISRAEL (L.)
MEYER (A.)
RENAULT (P.)
SORS (Ch.)

Psychiatrie infantile :

DENIKER (P.)
DUCHE (D.)
FLAVIGNY (H.)

Radiologie médicale :

DUBOST (J.)
LEFEBVRE (J.)
MICHEL (J.R.)

Rhumatologie :

MASSIAS (P.)

Stomatologie :

CAUHEPE (J.)
CERNEA (P.)
CHAPUT (Mme A.)
CREPY (Cl.)
FLEURY (R.)
GRELLET (M.)

Thérapeutique :

CHASSAGNE (P.)
FOUET (P.)
LABET (R.)
MARCHE (J.)

Urologie :

AUVERT (J.)
MOULONGUET (A.)
QUENU (L.)

III. - PROFESSEURS SANS CHAIRE ET AGREGES CHARGES DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

à titre permanent

Anatomie DEBEYRE J.

Clinique chirurgicale VERNE J.M.

Clinique médicale RAMBERT P. THIEFFRY S.

Clinique obstétricale GRASSET J. MAYER M. MORIN P.

Clinique ophtalmologique DESVIGNES P.

Clinique pédiatrique et puériculture LAPLANE R.

Clinique psychiatrique BARUK H.

Clinique urologique KUSS R.

IV. PROFESSEURS DETACHES DANS LES UNIVERSITES ETRANGERES

Bactériologie HAUDUROY P.

Pathologie chirurgicale RUDLER J.

Professeur sans chaire

V. - CHARGES DE COURS D'HYGIENE SCOLAIRE ET UNIVERSITAIRE

BOLTANSKI E.
LAUNAY J.

Secrétaire général de la faculté M. LENA J.
Conseiller administratif Melle CHAINTREUIL G.
Conservateur en chef de la bibliothèque
Conservateur du Musée d'Histoire de la Médecine M. le Docteur HAHN A.
Conservateurs Melles DUMAITRE P. - LE NOIR G. - QUIEVREUX E.
Bibliothécaires Mmes CONTET J. FORGET F.
Melle LAURENT H. Dr. SCHILLER J.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation, ni improbation.

A mes Parents,

dont l'affection et le dévouement de tous les instants m'ont permis d'entreprendre mes études médicales et de suivre la voie du Laboratoire.

Qu'ils trouvent ici l'expression de ma reconnaissance et de mon affection qu'ils savent très grande.

A ma Femme,

En témoignage d'affection et d'estime, en remerciement de l'aide si précieuse qu'elle m'a apportée dans l'exécution du travail que nous présentons aujourd'hui.

A ma Fille,

A Monsieur le Professeur A. GIROUD

Professeur d'Histologie à la Faculté de Médecine,

Membre de l'Académie de Médecine,

Officier de la Légion d'Honneur,

notre Président de Thèse, auquel nous exprimons toute notre reconnaissance pour la bienveillance qu'il nous a toujours manifestée, depuis le jour où il nous a intégré dans son service.

Qu'il daigne trouver ici l'expression de notre respectueuse admiration et de notre profond attachement et qu'il soit assuré de notre entier dévouement.

A Monsieur le Professeur M. LACOMME,

Professeur de Clinique Obstétricale à la Faculté de Médecine,

Membre de l'Académie de Médecine,

Chevalier de la Légion d'Honneur,

Qui nous a ouvert les portes de son Service et nous a confié les documents indispensables à la réalisation de ce Travail.

Qu'il trouve ici l'expression de notre très vive reconnaissance.

A Monsieur le Professeur Agrégé D. LEWIN,

Dont les directives nous ont beaucoup aidées pour la partie clinique de ce Travail.

Qu'il veuille trouver ici l'expression de nos sentiments très reconnaissants.

A Madame le Docteur L. CORRE-HURST,

Professeur Agrégé à la faculté de Médecine,
Chevalier de la Légion d'Honneur,

Dont les conseils et les encouragements nous ont guidé pendant toute la durée de nos études médicales, en témoignage de reconnaissance.

A Monsieur le Docteur J. DALION,

Chef de Travaux à la Faculté de Médecine,
Chef de Laboratoire à la Clinique Baudelocque,

Notre Maître, qui nous a dirigé vers le Laboratoire et dont l'amitié nous a toujours soutenue.

Qu'il soit remercié pour ses conseils précieux et pour son aide renouvelée et trouve ici le témoignage de notre affection.

A Madame le Docteur C. COUJARD-CHAMPY,

Chef de Travaux à la Faculté de Médecine,

En remerciement de la bienveillance qu'elle nous a toujours témoignée et de l'hospitalité qu'elle nous a accordée dans son Laboratoire.

A Monsieur le Professeur Agrégé A. MOULONGUET,

Chef de Service de l'Hopital Goüin,

Notre Maître de Stage Interné,

Qu'il veuille bien trouver ici l'expression de notre reconnaissance et de notre fidèle attachement.

A mes Maîtres du Laboratoire d'Histologie,

Monsieur le Professeur R. COUJARD.

Messieurs les Professeurs Agrégés,

J. RACCADOT
M. MAROIS
B. SCHRAMM
DA LAGE

Messieurs les Docteurs,

L. OLIVIER
E. TAMBOISE
M. A. PERRAULT
J. CHEVREAU
A. SALESSE
R. du BOITESSELIN

Chefs de Travaux à la Faculté de Médecine.

A mes Amis des Laboratoires d'Histologie
et de la Clinique Baudelocque,

Mmes. *BELLOT*
CARLIOZ
CORREZE
JERRY
NUNEZ

MM. *CABROL*
DADOUNE

Attachés Assistants.

MM. *A. DELAVILLE*
A. MANOUVRIER

Moniteurs.

Mademoiselle O. GILLET,

Surveillante du Laboratoire
de la Clinique Baudelocque.

Madame CLAUDET et Monsieur LE CLERC'H

A Monsieur J. THONNET,

Dont les encouragements nous ont toujours été précieux.

Qu'il trouve ici le témoignage de notre sincère amitié.

A mes Amis.

INTRODUCTION

Au cours d'un stage hospitalier prolongé, nous avons été amené à observer, dans un service d'obstétrique, un certain nombre de cas d'une maladie curieuse, tant dans sa forme et ses localisations, que dans son évolution : l'ENDOMETRIOSE

Ayant eu accès aux dossiers cliniques d'une part, et possédant d'autre part, les coupes histologiques correspondantes, nous avons voulu faire porter notre étude sur cette affection en tentant de faire le point sur l'état actuel de la question. Cette tentative semblera peut-être téméraire,car de nombreux auteurs et non des moindres, se sont penchés sur ce phénomène pathologique ; mais la grande variété d'avis émis au cours des cent dernières années sur cette maladie et la complexité de sa pathogénie, en font un sujet de recherches passionnant.

A l'occasion de cette étude, nous avons été conduits à évoquer un certain nombre de figures illustres de la Médecine et de la Chirurgie, tant françaises qu'étrangères ; nous aurons ainsi l'impression de feuilleter l'histoire de la Médecine. Bien entendu, nous ne pourrons réaliser une revue complète de tout ce qui a été écrit sur ce sujet, mais nous limiterons notre propos à l'indication des grandes étapes de la connaissance de ce phénomène physiopathologique, qui reste parmi l'un des plus intéressant dans l'histoire de la pathologie en général, et plus particulièrement dans celle de la gynécologie.

Il est certain qu'une étude de cette maladie, que d'aucuns considèrent comme le type même de la lésion dystrophique hormono-dépendante, venant après les travaux auxquels sont attachés les noms les plus prestigieux doit être menée avec circonspection, nous abordons en effet une question qui, de tous temps, a soulevé des controverses souvent passionnées tant cliniques qu'étiopathogéniques.

H I S T O R I Q U E

Le cas princeps paraît avoir été décrit par ROKITANSKY en 1860, dans son traité intitulé "Lehrbuch der Pathologischen Anatomie" où il présente une lésion kystique dont les cavités étaient bordées par un épithélium de type glandulaire, sans préciser d'ailleurs la nature histologique exacte de celui-ci, qu'il ne songe pas à rattacher à l'endomètre et ce ne sera que plus tard que ce premier cas sera authentifié.

Depuis cette observation, la notion d'endométriose s'est précisée dans les publications successives, tant au sujet de sa structure histo et cytologique, qu'au sujet de ses localisations, qui se sont révélées fort nombreuses et parfois très inattendues. Au fur et à mesure que s'accumulaient les documents anatomocliniques, s'édifiaient diverses théories, dont le but étaient d'expliquer l'apparition de plages d'endomètre en situation ectopique.

BABES, en 1882, signale un cas de myome utérin dans lequel se trouvaient incluses des formations cavitaires revêtues par un épithélium cylindrique simple. Influencé par les travaux de CONHEIM, qui recherchait une origine embryologique aux formations kystiques signalées jusque là dans la littérature, BABES tenta d'expliquer l'apparition de ces lésions par une transformation de résidus embryonnaires mullériens.

RUGE et SCHRODER, en 1887, pensèrent que ces adénomyomes provenaient de la muqueuse utérine ; il y aurait une pénétration en profondeur du tissu glandulaire et du chorion qui l'entoure entre les faisceaux de fibres musculaires qui constituent le myomètre, cette pénétration donnerait naissance à des formations kystiques incluses dans le myomètre : les adénomyomes.

A la suite des premiers travaux publiés, de nombreux auteurs se mirents aussi à présenter leurs observations, et c'est ainsi que CHIARI en 1887 décrit dans une trompe de Fallope

des nodosités bosselant les portions interstitielles et isthmiques, et dont l'examen anatomopathologique montra une structure analogue à celle décrite avant lui, de kystes bordés par un épithélium prismatique simple entouré de cellules conjonctives. Un an plus tard, SCHAUTA fit une observation semblable.

En 1893, von RECKLINGHAUSEN se pencha à son tour sur le sujet et en fit une étude patiente et minutieuse, comportant l'analyse de nombreux cas. Il tenta de trouver une étiopathogénie, ses travaux portant surtout sur des nodosités tubaires: il indiquait des formations nodulaires blanchâtres, dures, bien limitées présentant tout à fait l'aspect de tumeurs bénignes, et déclara que lorsque ces nodules n'étaient pas parcourus par un réseau tubulaire, ils ressemblaient à des fibromyomes, mais que si, au sein de la formation, on trouvait un réseau de diverticules bordés par un épithélium simple, on pouvait lui donner le nom d'adénomyome.

Von RECKLINGHAUSEN crut trouver dans ces foyers des réseaux tubulaires analogues à ceux observés dans l'Epoophoron. Il considéra comme des ébauches glomérulaires, certaines formations en forme de polype, composées de tubes glandulaires et d'un tissu stromal. Il prit comme argument la morphologie de l'épithélium de revêtement parfois cilié, et indiqua une origine mésonéphrotique de ces formations. La localisation relativement fréquente des foyers d'endométriose aux cornes utérines, c'est-à-dire près de l'endroit où le canal de Müller et le canal de Gartner se croisent, au niveau de l'origine de l'oviducte, semblaient en faveur de cette thèse. Pendant les trois ans qui suivirent, il reprit les travaux de CHIARI et SCHAUTA et conclut que l'origine de la maladie serait une prolifération tissulaire aux dépens des restes embryonnaires du corps de Wolff, et proposa le terme de Paraoophoralen Tubenwinkel Adenomyome.

Les travaux de von RECKLINGHAUSEN firent une impression très forte sur les médecins et chirurgiens de l'époque,et sa théorie rallia de nombreux adeptes parmi lesquels nous relevons les noms de R. MEYER, PICK et ASCHOFF. Pour ce dernier, les éléments retrouvés au niveau de la trompe seraient des reliquats embryonnaires wolffiens préformés, quiescents à l'état normal, mais qui se seraient hyperplasiés et hypertrophiés à la suite d'une atteinte inflammatoire. Cependant, KOSSMAN, en 1897, refusant l'origine wolffienne des lésions soutenue par RECKLINGHAUSEN, proposa une autre interprétation embryologique : selon lui, une origine müllérienne serait plus vraisemblable, car il lui semblait plus satisfaisant de penser que

des restes müllériens seraient plus sensibles aux incitations hormonales que des reliquats wolffiens.

Pendant ce temps, CULLEN, en 1896, avait signalé deux observations dans le ligament rond. L'examen histologique des formations ainsi décrites, montra l'analogie de structure avec les précédentes observations. CULLEN, le premier, émit l'avis que la maladie devait être plus générale que ne le laissaient supposer les travaux publiés jusque là.

IVANOFF, en 1898, tenta de démontrer que la séreuse péritonéale pourrait être le point de départ de la maladie, en partant de l'hypothèse suivante :

Tous les épithéliums génitaux paraissent avoir une origine embryologique commune. Le péritoine ferait aussi partie de ce groupe en se formant comme les épithéliums aux dépens de l'endothélium coelomique. Le péritoine sous l'influence d'une excitation, dont la nature resterait à préciser, pourrait se transformer en un élément plus différencié, pénétrer dans la muqueuse et constituer des éléments métaplasiques sous forme endométriale. L'excitation inductrice serait à rechercher du côté d'une dysendocrinie ou d'une hyperfolliculinie. Ainsi, était expliquée la fréquence relative de certaines localisations endométriales sous-séreuses, et de là, à conclure que les formations épithéliales incluses dans les myomes utérins pouvait provenir d'invagination de l'endothélium péritonéal dans la profondeur du myomètre, il n'y avait qu'un pas, bientôt franchi par cet auteur.

Cette théorie fut soutenue par R. MEYER, qui crut avoir découvert dans la séreuse, des cellules indifférenciées ayant gardé le pouvoir de se transformer en endomètre.

La querelle se prolongea entre les tenants des diverses interprétations embryologiques, mais la découverte de nouvelles localisations remit tout en question. Si la théorie embryologique avec ses variantes pouvait expliquer les localisations connues jusque là, la découverte par RUSSEL d'une formation kystique présentant un aspect histologique identique aux éléments glandulaires de l'endomètre, au niveau d'un ovaire, elle ne pouvait expliquer cette nouvelle localisation.

La question retomba donc au point mort sans que les principaux protagonistes ne désarment, et RUSSEL s'était contenté de signaler les faits, sans chercher à donner une explication à l'origine de ces kystes de l'ovaire.

Continuant ses travaux sur la question, R. MEYER trouva des formations semblables au niveau d'une cicatrice abdominale et précisa que les éléments glandulaires se trouvaient localisés au niveau de la partie fibromusculaire de la cicatrice, mais il ne donne aucun renseignement sur les antécédents de sa patiente.

Les français JAYLE et COHN, en 1901, publient quelques observations, mais leurs écrits ne suscitent que peu d'intérêt à ce moment.

LECENE, en 1909, tente lui aussi de donner quelque valeur à cette question, mais personne ne reprend le dialogue et ses travaux peu à peu tombent dans le domaine des curiosités pour bibliophiles.

En 1909, R. MEYER décrivit avec une remarquable précision, l'infiltration, par des éléments endométriaux d'aspect kystiques, de la cloison rectovaginale.

En 1910, CHEVASSU, en France, tente d'attirer l'attention sur la question, mais sa tentative reste stérile, le pôle d'attraction de la Médecine française se trouvant tout à fait ailleurs.

CULLEN, en 1912, poursuivit la description des localisations inattendues en étudiant de nombreuses tumeurs glandulokystiques au niveau de l'ombilic. Il voyait dans ces tumeurs des éléments de l'endomètre disposés en formations de structure banale, mais de taille plus importante, et surtout de siège extraordinaire et proposa comme point de départ, le canal omphalomésentérique.

En 1913, BAZY publia un mémoire sur la question, mais là encore, sans soulever la moindre attention. La même année, dans une publication remarquable, JOSSELIN de JONG fit une étude de clinique et histologique très sérieuse des localisations intestinales, en étayant ses recherches sur une volumineuse documentation clinique. Cependant, il n'existe pas encore à ce moment, d'étude statistique des localisations intestinales faisant la discrimination entre les localisations au niveau de l'intestin grêle et du gros intestin.

Cependant, les travaux ne donnaient qu'un aspect de l'endométriose et, malgré les efforts de synthèse faits par CULLEN, on ne voyait pas encore se dessiner avec netteté d'idée générale sur la maladie.

Aucun travail ne présentait les localisations extraordinaires comme des manifestations d'une même affection et l'on persistait à penser que ces localisations peu fréquentes n'étaient que des accidents, que des curiosités dogmatiques.

Il fallut attendre les travaux de SAMPSON pour distinguer le schéma d'ensemble de la maladie : les éléments fragmentaires venaient ainsi s'insérer dans un ensemble plus complet et c'est à partir de ce moment que l'on voit apparaître les statistiques.

En 1921, SAMPSON commence une série de travaux très importante qui vont s'échelonner sur une dizaine d'années : en 1921, il étudie les kystes goudrons de l'ovaire et remarque la fréquence de petits foyers endométriaux péritonéaux au contact même de la glande génitale. Il pensa que la rupture de ces foyers pouvait libérer des fragments endométriaux, qui venaient ainsi se greffer sur l'ovaire. Cette première publication eut un retentissement d'autant plus grand que l'auteur avait étayé sa thèse par une étude patiente et très minutieuse d'un grand nombre de cas de la maladie.

En 1922, BAZY fit une nouvelle publication sur le sujet, mais l'opinion médicale française persista dans son attitude d'indifférence.

SAMPSON, poursuivant ses travaux, publia en 1923, un rapport dans lequel il expose la possibilité et le rôle d'un reflux à travers la trompe de Fallope de fragments d'endomètre entrainés par le flux menstruel. Cette migration se ferait dans les premiers jours des règles et serait favorisée par le décubitus. Les fragments ainsi refoulés seraient susceptibles de venir se greffer sur l'ovaire et le péritoine. La répartition de ces implants obéirait aux lois de la pesanteur : ils se placeraient à la face latérale et inférieure de l'ovaire qui, de ce fait, serait le premier organe atteint. L'hypothèse de SAMPSON, séduisante à bien des égards, ne fut point acceptée comme un postulat, car si ce reflux semblait possible et plausible, il n'était pas facile de se faire une idée de sa fréquence. Toutefois, ces publications furent le point de départ d'une nouvelle vague d'intérêt.

1924 fut une année extraordinaire pour la connaissance de la maladie : JAYLE fait paraitre plusieurs mémoires sur le solénome du ventre de la femme, dans la Revue Française de Gynécologie et d'Obstétrique, et, cette fois enfin, l'intérêt de la Médecine française fut mis en éveil.

OBERLING, de son côté, fit une revue complète de la question, donnant ainsi aux chercheurs français, de nouvelles bases pour reprendre le problème.

Pendant ce temps, en Allemagne, HALBAN se penche à son tour sur la maladie dont il va étudier avec une rare habileté, les différentes localisations publiées jusque là. Au cours de ses recherches, il est frappé par le fait que les théories émises pour expliquer la genèse de l'affection ne rendent compte pratiquement que des localisations génitales. La découverte de certaines atteintes restait encore à l'état de curiosité, et personne jusque là n'avait eu la possibilité de réaliser une synthèse pathogénique. HALBAN répondant à la théorie de SAMPSON' selon laquelle le reflux transtubaire permettrait une greffe endométriale au niveau de l'ovaire, déclara qu'il semblait douteux que des fragments d'endomètre puissent avoir la force de pénétration suffisante pour forcer le barrage représenté par la tunique albuginée de l'ovaire formée par un conjonctif dense.

SAMPSON, toujours en 1924, observa dans certaines pièces opératoires prélevées pendant la menstruation, des éléments de l'endomètre dans les vaisseaux du myomètre. Pour confirmer ses dires, il indiqua des expériences selon lesquelles l'injection d'un produit contenant des éléments endométriaux dans la cavité utérine, était suivie d'un passage rapide de ce produit dans les vaisseaux dilatés du myomètre, si ces derniers présentaient des lésions endothéliales. Les éléments observés étaient soit fixés à la paroi, soit libres dans la lumière vasculaire, et il ne pouvait s'agir d'un artéfact, car la fixation rapide de ces fragments montrait à leur niveau des images histologiques d'activité.

Cependant, la découverte par HALBAN d'éléments ayant des points communs avec les éléments de l'endomètre dans certains ganglions, lui permirent d'émettre sa théorie sur les métastases lymphatiques. Il supposa une migration métastatique d'éléments de l'endomètre hors de leur localisation physiologique, et une dissémination par voie lymphatique hors de l'utérus dans toutes les directions. La connaissance toute neuve des voies lymphatiques du petit bassin et de leurs connections avec les réseaux voisins, l'incitèrent d'avancer une telle hypothèse.

Pour HALBAN, si le hasard amenait les fragments contre un obstacle, (impasse, rétrécissement, ganglion, interruption de trajet artificielle au niveau d'une cicatrice), la migration

s'interrompait et une lésion endométriale pouvait s'installer et se développer en ce point.

Cette théorie présentait sur celle de SAMPSON l'avantage d'expliquer toutes les localisations et l'absence de lésions cardiaque et hépatique. Tels étaient les arguments émis par les tenants de la théorie de HALBAN, parmi lesquels nous trouvons MESTITZ.

Malgré la somme de documents rassemblés par HALBAN et ses élèves, sa théorie fut combattue par un grand nombre d'auteurs, parmi lesquels nous retrouvons SAMPSON. Celui-ci, en 1925, publia un nouveau mémoire qui fit sensation dans les annales de l'endométriose ; cette publication tenait compte de toutes les théories, mais en attribuant un rôle très accessoire aux métastases lymphatiques et veineuses et mettant l'accent sur le reflux transtubaire suivi de greffe.

Mais le point le plus important de ce mémoire fut, sans conteste, l'apparition de la définition actuelle de l'endométriose, donnant une véritable autonomie à la maladie :
A partir de ce moment, on considéra comme endométriose le développement en situation hétérotopique de fragments d'endomètre comportant des tubes glandulaires bordés par un épithélium cylindrique simple entouré par un chorion cytogène.

Il précisait d'autre part que ces éléments se comportaient comme des éléments de la muqueuse endo-utérine, avec une évolution rythmée par le cycle menstruel.

En 1930, SAMPSON reprend dans un grand mémoire récapitulatif, toutes les idées émises jusque là et n'apporte pratiquement rien d'autre qu'une sorte de bilan de la question.

LETULLE, en 1931, consacra à la maladie un chapitre de son traité d'anatomie pathologique. Il définit ainsi l'endométriose : " C'est une tumeur constituée par un nombre variable de tubes glandulaires semblables à ceux de la muqueuse du corps utérin et tapissée comme eux d'un revêtement unique de hautes cellules cylindriques normalement ciliées. Chaque tube est engainé par une couche plus ou moins constante d'un tissu cytogène identique au chorion normal de l'endomètre. Autour d'un tel conduit complet ou incomplet, des cellules musculaires s'en roulent en faisceaux plus ou moins concentriques ".

Cet auteur faisait ensuite une analyse des localisations connues et une critique des éléments pathogéniques.

Il concluait son étude en ces termes : "L'endométriose ou solénome typique est composé des éléments constitutifs de la muqueuse utérine et en particulier de l'épithélium génital. Il se manifeste tantôt comme une malformation congénitale, tantôt comme une sorte de métaplasie réversive de l'endothélium péritonéal..."

Ainsi était née la théorie de l'utérus en miniature.

Pendant la même année, DEROCQUE et HOANG THUY BA, sous l'inspiration de DOUAY, étudièrent les principaux aspects chirurgicaux de la maladie et ce traité fut longtemps considéré comme l'un des meilleurs sur cette question.

En 1932, LECENE et MOULONGUET reprirent les travaux précédents et firent une très remarquable étude anatomoclinique de l'endométriose dans laquelle ils ne prirent pas nettement position au sujet de la pathogénie ; ils se bornèrent à exposer les différentes théories, mais sans indiquer la moindre préférence pour l'une d'entre elles.

Pendant les années qui suivirent, les travaux de SAMPSON se poursuivirent, mais sans apporter d'acquisition de grande valeur. Les discussions les plus passionnées se poursuivaient, mais personne ne semblait en mesure d'apporter des éléments nouveaux à l'appui de telle ou telle théorie.

ROUSSY, LEROUX, OBERLING reprirent la question sur de nouvelles bases et indiquèrent la migration cellulaire par voie vasculaire comme étant un phénomène d'ordre général, car des cellules normales placentaires et hépatiques, peuvent pénétrer dans la circulation générale. Cette idée répondait aux objections qui avaient été formulées lors de nombreuses conférences, où certains auteurs prétendaient que le pouvoir de métastaser était l'apanage exclusif des cellules malignes. A la suite de ces querelles, vinrent les expériences de HARBITZ, qui tenta de reproduire des lésions endométriales par injection dans le torrent circulatoire. Mais ces expériences ne furent pas très convainquantes.

En 1939, HEIM, de SNOO, LAUCHE reprenant les travaux de SAMPSON, étendirent les possibilités de la théorie de la métaplasie ; pour ces auteurs, et en particulier, de SNOO, il existerait dans l'utérus et dans ses environs, des éléments cellulaires indifférenciés susceptibles de se transformer en éléments endométriaux ou en fibres musculaires lisses. Ces éléments auraient un rôle très important dans le post-partum, en régénérant la muqueuse utérine, alors que dans certains endroits, les

éléments glandulaires auraient totalement disparu. Cette métamorphose serait physiologique au niveau de l'utérus.

De SNOO appelle ces éléments les Génitoblastes. D'après lui, ces éléments existeraient dans la paroi des trompes, dans le ligament large, dans le ligament rond et se différencieraient sous l'influence de la folliculine ovarienne.

D'autre part, il y auraient des cellules mésenchymateuses ayant conservé intactes des propriétés embryonnaires et pourraient se transformer en endomètre : c'est l'hypothèse de BIEBL pour expliquer une endométriose de l'avant-bras.

Ces cellules, mésenchymateuses de nature, doivent ressembler très étroitement aux cellules conjonctives et il semble difficile sous l'anonymat de leur morphologie de déceler les extraordinaires potentialités quelles renfermeraient.

Nous nous trouvions donc là en pleine spéculation intellectuelle, car aucune preuve histologique n'avait pu jusque là être avancée sur l'existence de ces cellules.

Parallèlement à ces travaux, en France, quelques auteurs, en 1939, apportèrent leur contribution à l'étude de la maladie, en communiquant leurs observations personnelles.C'est ainsi que nous relevons les noms de L. BAZY, traitant des endométriomes de la trompe, de CADENAT sur les endométriomes du colon sigmoïde, de GOSSET sur les endométrioses pelviennes, de KUSS qui présente un rapport assez important sur les endométrioses ombilicales, sur celles du Douglas, et sur la possibilité d'endométrioses d'origine wolffiennes de l'ovaire. LARDENNOIS lui, traite des endométrioses du petit bassin, tandis que MOCQUOT publie un rapport sur quelques cas d'endométriose ; PORTES et VARANGOT, eux, signalent un cas d'endométriose vaginale développée au cours d'une grossesse.

Tous ces auteurs se contentaient de rapporter leurs cas d'endométriose, sans y adjoindre de nouvelles discussions sur la pathogénie, tous restant sur une réserve prudente.

En 1941, à la suite des travaux sur les greffes et sur les cultures de tissu in vitro et in vivo, un auteur américain, MARKEE tenta de réaliser des greffes d'endomètre chez la guenon : prélevant des fragments d'endomètre menstruel en s'entourant de toutes les précautions d'asepsie nécessaires, il réalisa une greffe dans la chambre antérieure de l'oeil de l'animal, siège qui représente un milieu de culture particulièrement favorable pour de nombreux tissus. Il constata que

les fragments ainsi implantés, se désagrégeaient dans un laps de temps variant de 30 à 60 minutes, et sur 432 tentatives, ne put rapporter le moindre succès.

A partir de ces expériences, les discussions reprirent quant à la viabilité des éléments de l'endomètre menstruel.Certains, persuadés de la non-viabilité des fragments transplantés avancent que la muqueuse desquamée est encore imprégnée de la "toxine" qui a permis le déclenchement de la menstruation et que ces fragments, même si leur taille semble importante, ne possèdent aucun vaisseau intact et qu'alors, leur vascularisation se trouve compromise, après une tentative d'implantation. Ils affirmèrent, d'autre part, que des fragments nécrotiques, n'ont jamais pu être cultivés aussi bien in vivo que in vitro et que cette culture demeurerait impossible.

En conclusion, ces auteurs ne voyaient absolument pas la moindre possibilité d'étiologie de cet ordre pour l'endométriose.

De 1941 à 1945, on ne trouve plus aucune publication sur le sujet : en effet l'attention du monde entier se trouvait axée sur l'évolution de la seconde guerre mondiale, et il faudra attendre la fin des hostilités pour voir réapparaître les publications et s'ouvrir de nouvelles discussions.

En 1945, lors du 48ème Congrès de Chirurgie, BROCQ et VARANGOT présentèrent sur l'endométriose un très important rapport faisant la synthèse des publications antérieures et établissant le bilan des faits acquis sur le sujet, à la suite d'une enquête mondiale accompagnée d'une minutieuse statistique.Après avoir rappelé les différentes localisations de l'affection avec leur fréquence et leurs particularités, ils passèrent en revue les diverses théories avancées pour expliquer cette curieuse maladie en indiquant les arguments favorables et défavorables pour chacune ; enfin, ils avancèrent les conclusions suivantes :

- l'endomètre adulte est le point de départ de l'endométriose,
- la menstruation joue certainement un rôle, car on est frappé par le fait que l'endométriose ne se voit que chez les animaux à destruction endométriale cyclique,
- il y aurait aussi une action de la perturbation de la sécrétion ovarienne dans le sens d'une hyper - folliculinie.

Les seules hypothèses étiopathogéniques à retenir seraient celle de la GREFFE et celle de la METASTASE BENIGNE.

En 1948, BROOKS RANNEY publie un travail sur l'histogenèse de l'endométriose et conclut en ces termes :
" Aucune théorie simple ne peut rendre compte de tous les cas d'endométriose ; les facteurs qui semblent stimuler le développement de l'endométriose sont variés, mais tous sont extrêmement difficiles à prouver.

Les travaux restant à faire sur le sujet sont illimités, mais, de toute manière, la grande masse de renseignements recueillis est grevée par les hypothèses théoriques plus que par les faits susceptibles de prouver l'origine de la maladie".

1950 est une année marquée par des expériences importantes réalisées par SCOTT et Te LINDE qui opérèrent sur 10 guenons pubères. Chaque animal fut soumis à une résection partielle ou complète du col utérin permettant de basculer l'utérus à l'intérieur du pelvis, le moignon cervical étant lié. La nouvelle situation de l'utérus devait permettre au flux menstruel de s'écouler librement dans la cavité abdominale. Les auteurs pensèrent que l'endomètre intact n'avait pas du souffrir lors de la laparotomie. Cinq de leurs animaux développèrent des adhérences entre l'intestin et le col retourné, et après un laps de temps variable (entre 75 et 963 jours) on trouva une endométriose au sein des tissus opératoires ; les cinq autres parurent débuter un endométriose, mais mourant à la suite de complications infectieuses, ils ne survécurent pas assez longtemps pour permettre une étude sérieuse de leur état.

Un seul développa une endométriose typique de l'intestin et du péritoine à quelque distance du col réversé.

Les auteurs conclurent de cette expérience que chez la femelle de singe adulte, l'endomètre menstruel est viable, et capable de développer des lésions dans la région pelvienne, lésions qui seraient identiques à celles trouvées dans l'endométriose humaine ; cependant, si ces expériences paraissent concluantes, elles le seraient certainement encore plus si un examen histologique avait pu prouver que les lésions étaient bien dues à la greffe de fragments d'endomètre menstruel, et non à une extension de l'endomètre excisé, en place dans l'utérus, au niveau de la plaie opératoire.

Chez les quatre animaux pour lesquels la résection avait été partielle, l'écoulement sanguin vaginal ne s'observa

que longtemps après que l'intervention fut pratiquée. Et l'un d'eux présenta une endométriose fistulisée à l'intestin.

Ainsi la viabilité des fragments d'endomètre desquamé était remise en question. Les polémiques les plus acharnées reprirent sur ce thème et l'année suivante, John FALLON rapporta ses découvertes opératoires. Chez 138 patientes dont les lésions endométriales étaient représentées par des élages de moins de 1 cm. de diamètre, il pratiqua un repérage par opératoire. Ces documents furent ensuite superposés et révélèrent une concentration lésionnelle frappante dans les zones pelviennes basses, et FALLON considéra ceci comme la mise en évidence d'une distribution des lésions suivant les lois de la pesanteur.

Durant la même année, KEETEL et STEIN rapportèrent que des fragments d'endomètre prélevés dans le sang menstruel auraient poussé en culture de tissu utilisant comme milieu de culture un milieu naturel. Les cellules ainsi obtenues auraient pris l'aspect de fibroblastes ou de cellules épithélioïdes. Ce matériel aurait été obtenu à partir de 7 femmes qui ayant porté un diaphragme le deuxième jour des règles pendant 8 ou 10 heures. Toutefois, sur les 7 patientes, 2 seulement présentaient dans leur flux menstruel des fragments de taille suffisantes Ces fragments furent ensuite découpés en dés de 1 mm. pour être mis en culture. Mais, il n'y eut aucune étude histologique précédant la mise en culture.

Cette expérience souleva quelque intérêt, sourtout par le manque d'information histologique sur l'état des éléments avant la mise en culture, les discussions reprirent donc avec encore un peu plus d'âpreté, mais cette fois la viabilité de l'endomètre devenait plus facilement admissible.

En 1953, GARDNER, RONALD, GREEN publièrent un rapport fort intéressant réalisant une mise au point pathogénique mais ils ne voulurent pas prendre position sur les théories déclarant comme l'avait fait SAMPSON quelques vingt années auparavant, que toutes les hypothèses étaient possibles.

Depuis ces importants travaux, il n'y a plus que des publications de cas isolés, sans grand ouvrage de synthèse :

En 1953, parait une publication de ZWEIBEL sur une endométriose primaire du col utérin, en 1954, SCOTT et Te LINDE présentent un travail sur les endométrioses externes, mais ne donnent pas de nouvelle impulsion aux idées. En 1955, KRATZER et SALVATI font une mise au point sur l'endométriose du colon,

et en 1956, LATTES et SHEPARD font une étude clinique et anatomo pathologique de l'endométriose du poumon. Ces auteurs expliquent à l'aide d'un cas, la possibilité de trouver une endométriose au niveau du poumon, ils citent le cas d'une personne qui présentait une sorte de zone d'atelectasie pulmonaire d'évolution rythmée par le cycle menstruel, ce phénomène étant accompagné de troubles de la ventilation et de dyspnée. Après un bilan radiologique ils firent pratiquer une exérèse de la zone suspecte, mais il ne semble pas y avoir eu de recherche histologique tant le diagnostic per opératoire de kyste chocolat, typique d'une endométriose, associée aux troubles cycliques sembla évident aux auteurs.

En 1957, PRINCE et ABRAMS décrivent une localisation au périnée et font une revue de la littérature sur le sujet. L'année suivante le traité de pathologie de NOVAK et NOVAK consacre un chapitre entrier à la question, mais en omettant quelques localisations atypiques à la peau et aux extrémités.

En 1959, SIEGLER et FRIEDMAN font le point sur l'endométriose externe, ils rappellent les travaux un peu ignorés de plusieurs chercheurs qui avaient étudiés les localisations cutanées, et c'est ainsi qu'ils signalent des localisations à la paume de la main, à la cuisse, à l'épaule ; ils terminent en évoquant les problèmes cliniques.

En 1960, plusieurs publications tentent de faire le pont sur les différentes localisations connues et l'on note des travaux comme ceux de BONHOMME et AUPY, qui font une étude des formes anatomocliniques et de tous les problèmes qui leurs sont attachés. Depuis, nous ne trouvons plus que des publications tentant d'exposer des cas d'endométriose dont la localisation est extraordinaire et de donner un aspect encore plus général à la maladie mais sans apporter de nouvelles conceptions pathogéniques.

En 1961, nous trouvons un étude très complète de GAUTHIER de Lille sur les salpingites isthmiques et leurs rapports avec l'endométriose. Cette étude donne une sorte d'impulsion nouvelle à l'étude de la question.

GRICOUROFF, en 1962, à propos des cancers du col utérin, étudie l'endométriose des ganglions pelviens. Son article suivi d'une discussion semble reprendre les théories de HALBAN sur les métastases lymphatiques. RADEMAN fait le point sur les endométrioses de la vessie, tandis que de leurs côté, RODMAN et JONES rapportent un cas d'hémoptysie cataméniale due à une endométriose bronchique.

En 1963, parait encore une certaine quantité de publications, toutes axées sur une localisation particulière ou sur un point de traitement utilisant telle ou telle drogue.

En 1964, nous trouvons le lot habituel des publications mais pas une ne donne un aspect synthétique de la question, nous noterons Toutefois une publication de SALA sur une endométriose endo-inguinale.

Pour conclure, il semble donc que maintenant, les auteurs soient plus attirés par les aspects thérapeutiques de la maladie que par des spéculations pathogéniques et, il manque donc, pour le moment, une synthèse clinique histo et cytologique et étiopathogénique de la maladie elle-même qui permettrait de faire le point, car les localisations les plus surprenantes de l'endométriose, en font une affection d'ordre général et plus banale que ne le laissaient supposer les premières observations.

Nous allons maintenant envisager les grandes théories qui ont été proposées pour expliquer la pathogénie et l'histogenèse de l'endométriose. Pour cette étude, nous serons amené à grouper ces théories en plusieurs catégories représentant les grandes tendances qui ont guidé les auteurs dans leurs recherches.

Les hypothèses envisagées furent les suivantes :

1 - La première hypothèse qui fut avancée et discutée fut celle d'une origine dysembryoplasique ; vint ensuite l'idée selon laquelle l'endométriose pouvait avoir une origine métaplasique permettant un développement des lésions à partir d'éléments cellulaires et tissulaires locaux ; ces théories ayant comme point commun une origine locale à l'endométriose.

2 - Selon la seconde hypothèse, la maladie aurait pour point de départ l'endomètre utérin adulte, dont les éléments seraient amenés en position ectopique par un mécanisme quelconque et selon des voies qui ont fait l'objet de nombreuses études.

3 - Enfin une théorie mixte est défendue par quelques auteurs, pensant qu'il y avait une part de vérité dans chaque théorie et qui émirent l'hypothèse selon laquelle l'endométriose aurait une pathogénie combinant diverses possibilités selon les cas et les localisations.

Au cours des publications, les explications proposées étaient avancées, abandonnées, puis reprises sous une forme un peu différente à la suite de nouveaux cas, si bien qu'il est impossible de présenter ces différentes hypothèses dans un ordre chronologique strict.

I - THEORIES EMBRYOLOGIQUES et METAPLASIE.

Les premières explications données au sujet de l'origine de l'endométriose prenaient appui sur l'éventuelle persistance de reliquats embryonnaires, wolffiens ou mullériens, et leur tout aussi éventuelle possibilité de se transformer en un tissu ayant la structure de l'endomètre adulte ; par la suite, la théorie de la métaplasie cellulaire ou tissulaire fut provosée pour tenter d'expliquer une affection en l'absence de reliquats embryonnaires.

I - THEORIES EMBRYOLOGIQUES.

a/ Nous avons vu dans le chapitre précédent, que von RECKLINGHAUSEN, en 1893, après une étude patiente et minutieuse comportant l'analyse de nombreux cas d'endométriose tubaire, tenta de trouver une étiopathogénie à l'affection.

Il signalait au niveau de la trompe de Fallope, des formations nodulaires, blanchâtres, dures, bien limitées, présentant tout à fait l'aspect de tumeurs bénignes, évoquant de simples fibromyomes lorsqu'elles n'étaient pas parcourues par un réseau tubulaire ; mais, au contraire, s'il existait à leur niveau, un réseau de diverticules bordés par un épithélium simple, il proposait de les considérer comme des adénomyomes.

Von RECKLINGHAUSEN crut voir dans ces foyers lésionnels, des réseaux tubulaires analogues à ceux trouvés dans l'époophoron et il considéra les formations polypoïdes présentant un tissu glandulaire entouré d'une formation stromale comme des ébauches glomérulaires.

En examinant minutieusement l'épithélium de revêtement il y trouva quelques éléments ciliés, et prenant cette découverte comme confirmation de ses idées, il affirma l'origine mésonéphrotique de ces formations. La fréquence relative des localisations endométriales aux cornes utérines (c'est-à-dire au niveau

du croisement des canaux de Müller et de Gartner, près de l'origine de l'oviducte) lui parut une preuve nouvelle du bien-fondé de sa théorie.

Pour cet auteur, il n'y avait aucun doute possible : l'origine de l'affection était due à une prolifération tissulaire aux dépens de reliquats embryonnaires du corps de Wolff ; il restait cependant à trouver un facteur déclenchant à cette prolifération.

Aussi CHIARI et SCHAUTA (1887) avaient-ils pensé que l'inflammation pouvai avoir un rôle important dans l'apparition des lésions ; mais l'absence de signes inflammatoires actuels ou plus anciens au niveau de nombreuses pièces opératoires fit abandonner rapidement cette idée, et von RECKLINGHAUSEN et ses élèves (1896) invoquèrent alors une perturbation des sécrétions ovariennes.

b/ Cette théorie sembla satisfaisante pendant quelque temps, mais fut délaissée un peu plus tard lorsque KOSSMAN (1897), reprenant le problème, invoqua pour sa part, la transformation de reliquats mülleriens qui, pensait-il, devaient être, de part leur origine, plus sensibles aux incitations des hormones ovariennes que les reliquats wolffiens et pouvaient être ainsi le point de départ des lésions d'endométriose.

LETULLE reprit cette thèse en indiquant que l'endométriome ou solenome typique se manifestait tantôt comme une métaplasie réversible du canal de Müller, tantôt comme une malformation congénitale ayant affecté le canal de Wolff ou le canal de Müller.

Cette hypothèse, si elle explique les endométrioses génitales ne peut rendre compte de la multiplicité des localisations hétérotopiques. Cependant, on pouvait encore trouver dans ce travail, l'hypothèse du développement d'un utérus accessoire dans la cavité pelvienne, à partir d'éléments embryonnaires du canal de Müller.

c/ Plus récemment, une thèse de MARTIN (Paris 1956), traitant des vestiges embryonnaires de l'appareil génital de la femme et de leur rôle dans le développement de certaines dystrophies et tumeurs, propose une origine différente :

Il s'agirait pour cet auteur de quelques gonocytes primitifs qui, au cours de leur migration avec la paroi postérieure du sac embryonnaire jusqu'à la crête génitale, se seraient

arrêtés en un point quelconque de leur course et seraient demeurés sur place, et le trajet normal de ces éléments correspondrait aux zones d'apparition clinique de l'endométriose. Ces formations, demeurant enkystées, pourraient, à la faveur d'un traumatisme chirurgical ou hormonal, entrer en activité et réaliser les lésions habituelles de l'endométriose.

Toutes ces théories ne paraissent avoir d'autre valeur que celle d'hypothèses, parfois séduisantes mais manquant en réalité de confirmation clinique et statistique.

Il nous semble en effet que si des données statistiques avaient pu nous indiquer dans quelle proportion pouvait se faire un arrêt de la migration des gonocytes, et si nous pouvions comparer le nombre de cas d'endométriose, en fonction des régions embryologiques et anatomiques, avec la répartition statistique de la migration de ces gonocytes et leur localisation, il nous serait plus facile de nous faire une juste idée de ces phénomènes.

d/ Plus récemment encore, en 1959, WITSCHI, dans une publication traitant de l'embryologie normale et expérimentale de l'utérus, déclare que selon les règles de l'homologie, le développement de l'assise interne de la trompe, sa spécialisation en glande utérine ou en épithélium vaginal se ferait à partir d'éléments d'origine pronéphrotique. Embryologiquement, la trompe se forme à partir de l'oviducte primordial, par auto-différenciation, ce qui serait déjà potentiellement acquis au stade de bourgeon caudal. Les faits actuels et les concepts embryologiques sembleraient favoriser une théorie embryologique de l'endométriose, en opposition avec les théories métaplasiques à point de départ péritonéal, sous la dépendance d'une influence hormonale. Chez la femme, il n'y a pas de stimulation gonadique pour la différenciation de la trompe. Il n'y a pas encore de facteur d'induction connu à l'heure actuelle pour le développement pubertaire des trompes, de l'utérus ou du vagin, qui restent toujours considérés comme provenant du résultat d'un mécanisme d'autodifférenciation.

En conclusion, WITSCHI donne surtout des hypothèses, mais sans les etayer par des arguments cliniques bien précis.

Que peut-on penser de ces théories embryologiques ?

- Tout d'abord qu'elles peuvent fournir une explica- valable aux localisations endométriales de la sphère génitale, mais qu'elles sont en défaut en ce qui concerne les localisations extra-génitales.

- Qu'elles impliquent la persistance de certaines formations embryonnaires qui, selon les embryologistes eux-mêmes, ne sont pas retrouvées avec une fréquence très grande, alors que la maladie semble maintenant sinon plus fréquente, du moins plus banale, parce que souvent découverte par les examens histologiques systématiques des pièces opératoires ou d'autopsie.

- Que toutes ces idées ne fournissent pratiquement que des hypothèses mais pas de preuves statistiques exploitables et qu'en plus, nombre de cas restent inexpliqués. Si ces hypothèses ont joué un rôle important dans l'étude et la connaissance de l'endométriose, elles sont actuellement délaissées en faveur d'autres idées plus favorables à une pathogénie plus générale.

II - METAPLASIE.

Dans ce même groupe des théories voyant un point de départ local aux lésions endométriales, nous trouvons l'hypothèse de la métaplasie coelomique.

Quelques auteurs s'étaient posé la question de savoir si certains tissus ayant une origine embryologique commune avec le tissu matriciel de la muqueuse utérine ne pouvait se métaplasier et subir une différenciation tardive vers une structure endométriale.

IVANOFF, en 1898, partit de l'hypothèse suivante :

Tous les épithéliums génitaux auraient une origine embryologique commune ; le péritoine ferait lui aussi partie de ce groupe et se formerait comme les épithéliums, aux dépens de l'endothélium coelomique, et le péritoine, sous l'influence d'une excitation dont la nature resterait à préciser, pourrait se transformer en un élément différencié, pénétrer dans la muqueuse et, constituer des îlots métaplasiques réalisant une muqueuse endométriale ectopique.

En conséquence, le problème d'une dysendocrinie, déjà soulevé à propos des théories dysembryoplasiques semble revenir au premier plan, permettant au péritoine de retrouver des potentialitées évolutives qui appartiendraient à son patrimoine embryologique.

Par ailleurs, IVANOFF avait aussi remarqué la fréquence relativement importante de nodules endométriaux situés sous

la séreuse et considérait que les inclusions trouvées dans les myomes provenaient d'une invagination de l'endothélium péritonéal dans la profondeur du myomètre.

Les travaux d'IVANOFF qui reposent plus sur des idées abstraites que sur des faits bien concrets, incitèrent d'autres chercheurs à découvrir dans leur matériel d'études, des faits en faveur de cette interprétation et R. MEYER (1899) crut avoir découvert dans la séreuse péritonéale, des cellules indifférenciées ayant gardé le pouvoir de se transformer en endomètre. Cette idée souleva quelques objections dont la plus importante était de savoir pourquoi des cellules jusque là muettes, deviendraient brusquement actives. Le problème du rôle de l'inflammation se reposa, mais comme lors de la première tentative d'explication du déclenchement des lésions par ce phénomène, elle demeura vaine. Ensuite, le rôle d'une perturbation des sécrétions ovariennes jouant dans le sens d'une hyperfolliculinie fut envisagé, cette hypothèse semblant plus vraisemblable, mais le manque de renseignements cliniques et biologiques, dans la plupart des cas décrits, ne permit pas de trancher sur ce point.

b - Le problème de la métaplasie fut repris en 1939 par HEIM, de SNOO et LAUCHE, qui tentèrent d'établir solidement l'hypothèse selon laquelle il existerait dans l'utérus et dans ses environs (cloisons, ligaments) des éléments cellulaires indifférenciés susceptibles de se transformer en éléments endométriaux ou en fibres musculaires lisses. Ces éléments joueraient un rôle important dans le post partum, en régénérant la muqueuse utérine, les éléments glandulaires ayant totalement disparu par endroit. Ce phénomène serait physiologique au niveau de l'utérus et ferait partie de l'ensemble des remaniements secondaires à une grossesse.

De SNOO donne à ces éléments le nom de Génitoblastes. D'après lui, on pourrait retrouver des formations semblables dans la paroi des trompes, dans les ligaments larges, dont la transformation résulterait de l'action de la folliculine ovarienne.

c - Plus tard, BIEBL indiquait qu'il y aurait des formations mésenchymateuses qui auraient conservé intactes les potentialitées embryonnaires et pourraient se transformer en endomètre. Ces cellules pourraient exister n'importe où et cette hypothèse permit à BIEBL d'expliquer un cas d'endométriose de l'avant-bras. Pour cet auteur, ces cellules mésenchymateuses devaient ressembler très étroitement aux cellules conjonctives,

ce qui expliquerait la difficulté éprouvée par les chercheurs pour les repérer et pour déceler leur potentialité extraordinaire sous l'anonymat de leur morphologie.

Toutes ces hypothèses fort séduisantes, il faut bien le reconnaître sont cependant loin de pouvoir nous convaincre, faute de documents et de preuves. Qu'il existe des éléments cellulaires à potentialité évolutive étonnante ne semble pas trop surprenant, mais le problème de la reconnaissance de ces cellules, de leur définition histo et cytologique est encore loin d'être résolu.

D'autre part, la question importante du facteur déclenchant est aussi restée à l'état d'hypothèse, car les éléments suspects ne sont pas retrouvés avec une constance suffisante pour permettre de trancher avec autorité. Il nous faut bien reconnaître que souvent ces éléments passent inaperçus soit par oubli, soit par manque de méthode dans les investigations de l'anamnèse chez ces malades, soit encore par déficience de la mémoire chez ces femmes.

II - THEORIES à POINT DE DEPART UTERIN.

Après le groupe des théories qui montraient une origine locale aux lésions endométriales, nous étudierons le groupe de celles qui se fondent sur une origine utérine de la maladie.

Ces théories ont en commun le fait que leurs auteurs voient dans l'endomètre utérin adulte, le point de départ de la maladie ; les fragments migrant ou étant transportés hors de leur position physiologique selon un mécanisme particulier à chaque hypothèse.

I - THEORIE DIVERTICULAIRE DE CULLEN.

Les premières observations de foyers glandulaires au sein des myomes incitèrent leurs auteurs à penser qu'il s'agissait de formations développées aux dépens de l'endomètre adulte de la cavité utérine, s'infiltrant peu à peu jusqu'à la périphérie.

CULLEN, en 1908, après avoir pu montrer la fréquence des foyers glandulaires dans les myomes, indiquait que, dans presque tous les cas d'adénomyose diffuse, il avait pu mettre en évidence l'origine des éléments glandulaires à partir de la

D'autres auteurs ont aussi pensé que certaines endométrioses au niveau de cicatrices, après hystéropexie ou au niveau de la portion interstitielle de la trompe auraient eu pour point de départ l'endomètre et se seraient développées en continuité avec celui-ci.

Il est bien évident qu'un tel mécanisme est plausible, mais que son facteur déclenchant reste encore obscur. CHIARI et von FRANQUE ont invoqué le rôle favorisant de l'infection, mais ce facteur est des plus inconstants, et manque le plus souvent dans l'endométriose utérine.

R. MEYER, de son côté, pense que l'hyperplasie de la couche basale de l'endomètre serait la cause essentielle de la pénétration musculaire. Si l'on admet cette hypothèse, c'est admettre implicitement une cause endocrinienne à l'endométriose utérine. Mais là encore, von FRANKL a montré que dans de nombreux cas d'endométriose interne, on ne pouvait trouver d'hyperplasie de l'endomètre, qui est le reflet de l'hyperfolliculinie. Il restait donc à rechercher une cause locale capable de provoquer la pénétration de la muqueuse en profondeur, FRANKL invoqua donc une diminution de résistance du myomètre.

Actuellement, l'opinion la plus admise est celle d'une rupture d'équilibre entre le muscle et la muqueuse, permettant ainsi à l'endomètre de pénétrer dans le myomètre.

Ceci peut paraître valable dans les cas d'endométriose utérine, mais dans le cas de localisations extra-utérines, cette théorie semble donc en défaut.

II - THEORIE DE LA GREFFE.

La théorie diverticulaire pour intéressante qu'elle soit, fut littéralement balayée par les travaux de SAMPSON, qui publia ses idées sur l'hypothèse de la greffe endométriale.

a - Les travaux de SAMPSON sur les kystes goudron de l'ovaire, avaient permis de se rendre compte de la fréquence de petits foyers péritonéaux d'endométriose associés aux kystes de l'ovaire.

Poursuivant ses travaux, il indiqua que les éléments endométriaux pouvaient provenir du reflux à travers la trompe de Fallope, d'éléments de l'endomètre menstruel. Ces fragments refoulés dans le petit bassin seraient susceptibles de se greffer sur l'ovaire ou sur le péritoine pelvien. La répartition

de ces implants obéirait aux lois de la pesanteur, atteignant les faces latérales et inférieures de l'ovaire. Ainsi, celui-ci serait le premier organe atteint.

L'éclatement ultérieur des kystes endométriaux de l'ovaire, libérerait de nouveaux fragments, qui se fixeraient sur le péritoine pelvien et de là, pénètreraient dans l'intimité des organes.

L'hypothèse de SAMPSON sur la greffe endométriale reposait sur deux idées fondamentales :

1° - La possibilité d'une greffe,
2° - La viabilité des fragments ainsi transplantés.

b - Il n'y avait pas de difficultés particulières pour imaginer la possibilité de greffes de l'endomètre et les renseignements que l'on pouvait obtenir sur les antécédents chirurgicaux de bon nombre de malades étaient assez en faveur de cette interprétation. Un problème plus délicat restait celui de la possibilité d'une viabilité de l'endomètre ainsi greffé.

De nombreuses expériences furent faites dans le but d'éclaircir ce problème, qui donnèrent des résultats souvent contradictoires.

JACOBSON, le premier, réussit des greffes d'endomètre chez la lapine et constata que ces greffes étaient plus facilement réalisables si l'animal était en période d'oestrus et il répéta ses expériences avec succès chez la guenon.

SOCHET et ALLEN réussirent à implanter des fragments d'endomètre dans la chambre antérieure de l'oeil. Cependant, il faut noter que ces expériences sont en contradictions avec celles de MARKEE, qui montrèrent que les fragments implantés étaient lysés dans un laps de temps variant de 30 à 60 minutes et sur les 432 cas étudiés, l'auteur ne pût rapporter le moindre succès, bien que le milieu dans lequel la greffe avait été effectuée soit en principe favorable à de telles greffes.

KEETEL et STEIN rapportèrent que des fragments d'endomètre menstruel fûrent mis en culture sur milieu naturel, avec un résultat favorable. Les éléments de la culture auraient pris l'aspect de fibroblastes ou de cellules épithéliales. Leur matériel d'expérience provenait de femmes ayant accepté de porter un diaphragme pendant une dizaine d'heures durant le deuxième jour de la menstruation. Cependant, les fragments obtenus ,

débités en petites parcelles et mis en culture ne firent pas l'objet d'une étude histologique avant la mise en culture.

John FALLON rapporta une série d'observations dans laquelle la mise en évidence d'une distribution par gravité des éléments endométriaux confirmait l'hypothèse de SAMPSON. Mais hélàs il ne donne aucun renseignement sur les antécédents physiopathologiques de ses patientes.

Certains auteurs, SCHWARTZ, FAYOT, GUIBERT, HARBITZ ont greffé des fragments d'endomètre chez la femme au niveau de cicatrices de laparotomie, avec selon eux, un résultat favorable. Si bien que leurs observations, tout en étant pauvre en renseignements cliniques et histologiques, fûrent prises en considération par d'autres chercheurs.

SCHMID, sur 19 patientes opérées d'hystérectomie totale avec conservation des annexes, a implanté des fragments d'endomètre dans le vagin, ces fragments auraient saigné périodiquement.

Les auteurs opérèrent sur 10 guenons pubères. Chaque animal fût soumis à une résection partielle ou totale du col utérin, permettant une rétroversion de l'utérus dans le pelvis. Le moignon cervical fût lié. La nouvelle situation de l'utérus devait permettre au flux menstruel de s'écouler librement dans la cavité abdominale ; l'endomètre intact n'ayant pas dû souffrir durant l'intervention.

Cinq parmi leurs animaux développèrent des adhérences importantes entre le col retourné et l'intestin. Après un laps de temps variable (75 à 963 jours) une endométriose fût découverte au sein du tissu cicatriciel. L'une développa une endométriose typique de l'intestin et du péritoine à quelque distance du col retourné.

Les cinq autres auraient pû développer une endométriose, mais elles ne vécurent pas assez longtemps et mourûrent de complications infectieuses.

Les auteurs conclurent de cette expérience que l'endomètre menstruel est viable chez la guenon adulte et que cet endomètre serait capable de provoquer dans la région pelvienne des lésions semblables à celles de l'endométriose humaine.

Il est regrettable que cette remarquable expérience ne soit pas illustrée par des documents histologiques, qui

permettent de prouver que ces lésions endométriales soint bien le fait de la greffe et non celui d'une extension directe de l'endomètre utérin à travers la plaie opératoire en direction de l'intestin.

Que penser de tout ceci ?

c - Il semble bien établi maintenant que la greffe endométriale soit, en certaines conditions, possible, car la muqueuse utérine est soumise à l'influence d'une hormone de croissance extraordinairement puissante. En effet, la régénération mensuelle de l'endomètre se fait avec une rapidité surprenante sous la stimulation de la folliculine. L'endométriose ne s'observant pour ainsi dire que chez la femme en période d'activité génitale, on peut bien dire que, si la greffe est possible, elle se trouve favorisée par le climat endocrinien.

Cependant, nous devons conserver une attitude nuancée devant ces phénomènes, car il y a encore un certain nombre de faits difficiles à expliquer.

En effet, après les expériences de greffes, on avait constaté que les manifestations pathologiques étaient relativement rapides à apparaître. Dès lors, on ne saurait expliquer un temps de latence de plusieurs années entre le moment supposé de la greffe et le moment où les troubles se manifestent.

D'après la théorie de SAMPSON, deux aspects de la question se trouvaient en présence :

1° - Il fallait que les fragments d'endomètre desquamés soient susceptibles de se greffer et de se développer localement

2° - Il devait y avoir une migration de fragments endométriaux se faisant selon une voie particulière.

Le premier point étant admis, il restait à étudier le mode de migration.

SAMPSON, en 1925, dans sa communication, tout en acceptant la possibilité d'un processus métastatique empruntant la voie veineuse ou la voie lymphatique, accordait un crédit beaucoup plus important au phénomène du reflux transtubaire des éléments de l'endomètre menstruel.

L'auteur pensait que, dans les premiers jours de la menstruation, et surtout durant le second jour, alors que la

desquamation devait être particulièrement intense, quelques éléments pouvaient suivre le canal tubaire et partant de la muqueuse endoutérine, iraient jusque dans la cavité abdominale où ils se fixeraient sur l'ovaire ou sur le péritoine pelvien en développant un foyer d'endométriose.

Cette hypothèse se fondait sur les critères suivants:

a - SAMPSON, SCHMID, WATKINS et d'autres, auraient trouvé parfois du sang dans le cul-de-sac de Douglas, lors de laparotomies faites pendant la période menstruelle.

b - Un certain nombre d'observations de fistules menstruelles utéro-tubo-cutanées auraient été signalées lors de Symposiums hospitaliers, mais sans détails quant à la date et aux modalités.

c - La possibilité de ce reflux semble indiscutable car les auteurs cités plus haut auraient observé des fragments endométriaux libres dans la lumière des trompes lors de leurs examens anatomo-histologiques. Le problème majeur de cette hypothèse serait de pouvoir attribuer une fréquence statistique au processus et, de déterminer le rôle de certaines explorations paracliniques dans la fréquence de survenue de ce phénomène (insufflation tubaire, hystérosalpingographie et autres examens)

Cependant, quelques auteurs, et en particulier, HALBAN voyaient des objections à cette hypothèse :

- HALBAN refusait aux fragments endométriaux la force de franchir la tunique albuginée de l'ovaire, faite d'un tissu conjonctif dense. D'autre part, la découverte d'éléments endométriaux au sein du parenchyme ovarien, avec une prédilection pour les zones péri-vasculaires, lui paraissait suffisante pour infirmer la théorie de SAMPSON.

- NOVAK, était du même avis et, observant le fait que l'ovaire était de loin le siège le plus commun de la lésion après l'utérus, il déclarait que l'étiopathogénie de la maladie ne paraissait pas pouvoir s'expliquer par l'hypothèse de SAMPSON.

Pourtant quelques arguments, avancés par HARBITZ, permirent à la théorie de SAMPSON de conserver un certain crédit: selon HARBITZ, après une expérimentation sur l'animal, dont il ne donne pas le protocole expérimental, les conclusions s'imposaient :

- Les greffes d'endomètre intra-péritonéales et intra-pleurales pourraient pénétrer dans la profondeur, grâce aux propriétés histolytiques du stroma cytogène, sans laisser de traces au niveau de la séreuse.

- Pour l'auteur, c'est cette propriété qui permettrait aux fragments endométriaux de franchir la tunique albuginée.de l'ovaire.

Toutefois, quelques points demeurent délicats à expliquer :

1 - Pour qu'il y ait un reflux transtubaire, il fallait admettre que l'ostium tubaire puisse acquérir temporairement par relachement du myomètre qui l'enserre, un diamètre suffisant pour laisser passer les particules endométriales.

2 - Pouvait-on admettre que l'endomètre desquamé, après un séjour plus ou moins long dans la trompe, conserverait les mêmes propriétés que l'endomètre normal sur lesquelles avaient porté la plupart des expériences antérieurement décrites.

3 - Les fragments endométriaux trouvés libres dans la lumière tubaire n'auraient pas toujours eu l'aspect de l'endomètre normal en période menstruelle, mais plutôt celui de l'endomètre au stade de prolifération selon les observations de BAER (1939).

4 - et enfin, il était surtout impossible d'expliquer, à partir de cette hypothèse, les localisations endométriales extra-utérines et extra-génitales, qui furent trouvées de plus en plus nombreuses au fur-et à mesure que les recherches s'approfondissaient.

Ces constatations ont cependant une grande valeur, car il est vraisemblable que les lambeaux muqueux trouvés libres dans la trompe, lors des observations antérieures, ne provenaient pas de l'endomètre menstruel, ayant franchi la barrière tubaire durant la menstruation, mais plutôt d'un endomètre sain, au stade folliculinique, qui se serait fragmenté, et dont quelques éléments auraient pu être refoulés à travers la trompe, sous l'influence d'un facteur de nature indéterminé.

En conclusion :

Le reflux transtubaire semble exister, mais demeure toutefois très rare, selon NOVAK, car sur 13 femmes opérées par

lui durant la menstruation, il n'a jamais trouvé de sang dans le péritoine, ni signe de réaction péritonéale.

Et outre le fait que seules soient expliquées les localisations génitales et intra-péritonéales de l'endométriose diminuait, à cause des autres localisations, la valeur de la théorie de SAMPSON.

Cependant, l'importance de l'hypothèse d'une greffe suscita de nouvelles recherches, et en particulier celles de PHILIPP et HUBER, qui purent préciser les points suivants :

1 - La fréquence des éléments endométriaux dans la portion interstitielle de la trompe serait plus importante qu'on ne le supposait jusque là.

2 - L'endométriose tubaire au niveau du revêtement épithélial est relativement fréquente.

3 - Les localisations de l'endométriose tubaire sont avant tout interstitielles, plus rarement isthmiques et exceptionnelles dans la partie libre de la trompe.

4 - On pourrait conclure que les lésions sont dues à une prolifération endométriale transtubaire, à partir de la muqueuse endo-utérine normale, par continuité.

5 - Sur 23 cas d'endométriose tubaire, 19 fois les auteurs trouvèrent une endométriose interstitielle.

Pour les auteurs, c'est à partir de ces formations intra-tubaires que les fragments seraient expulsés par la trompe dans la cavité péritonéale, ceci se faisant d'une manière constante et non pas seulement au moment de la menstruation.

Là donc, il ne s'agit plus d'endomètre menstruel de vitalité douteuse, mais d'un tissu sain et actif. L'analyse faite par PHILIPP et HUBER montre que la lumière tubaire était presque toujours obstruée par l'endométriose, tandis que le pavillon restait ouvert. 14 cas sur 19 présentaient une atteinte bilatérale et dans les cas où la trompe était libre on retrouvait toujours dans les antécédents, une intervention utérine (curetage, insufflation tubaire, pose de laminaire).

Ces faits bien que proposant une explication valable aux localisations intrapéritonéales, ne pouvait nous donner

le moindre élément quant aux autres localisations : le problème restait entier.

d - Mais une autre possibilité de greffe pouvait être suspectée, qui permettait d'expliquer d'autres localisations : celle de la greffe accidentelle.

En 1950, TEILUM et MADSEN indiquèrent que, selon eux les fragments endométriaux pouvaient être placés dans leur situation ectopique par une manoeuvre chirurgicale portant soit sur l'utérus, soit sur le petit bassin même sans ouverture de la cavité utérine. Ces auteurs se basaient sur l'anamnèse de ces malades chez lesquelles les antécédents montraient avec une relative constance des interventions chirurgicales ou obstétricales antérieures.

L'hypothèse du reflux transtubaire de fragments endométriaux instaurait une nouvelle voie dans la façon de concevoir l'étiopathogénie de l'endométriose ; en effet, apparaissait déjà la notion de métastase se faisant par le canal de la trompe ; cette migration avait déjà été invoquée par SITZENFREY et von FRANQUE pour expliquer le mécanisme de propagation des tumeurs malignes intra utérines

III - THEORIES METASTATIQUES.

SAMPSON, en réponse aux travaux de HALBAN (1924), avait indiqué dans ses publications, que rien ne s'opposant théoriquement à la possibilité d'une propagation des éléments endométriaux par voie veineuse ou lymphatique, mais qu'un tel mécanisme paraissait moins probable que celui du reflux transtubaire.

HALBAN, de son côté, pensait que la métastase devait être le processus le plus plausible, car il permettait d'expliquer les localisations extra génitales pour lesquelles jusque là, aucune explication valable n'avait pu être proposée.

a - SAMPSON avait observé que l'on pouvait faire passer rapidement une masse d'injection de la cavité utérine dans les veines, lorsque les vaisseaux du myomètre présentaient des lésions endothéliales. Il avait d'autre part décelé des fragments d'endomètre dans la lumière des vaisseaux du myomètre d'utérus enlevés durant la menstruation. Ces éléments emboliques se seraient présentés tantôt libres dans la lumière vasculaires, tantôt fixés à l'endothélium. Il ne semblait pas

s'agir d'artéfacts, car après fixation, les images observées correspondaient à des cellules bien vivantes.

Cependant, pour l'auteur, il ne pouvait y avoir là qu'un mode de propagation accessoire, le rôle le plus important étant réservé à la greffe péritonéale secondaire à un reflux transtubaire des éléments endométriaux.

b - HALBAN, en 1924, généralisa la théorie métastatique et déclara que la métastase par voie lymphatique était le mode habituel de propagation de l'endométriose. Il fondait sa thèse sur la disposition anatomique des voies lymphatiques du petit bassin. Il faut noter que le réseau lymphatique de la muqueuse est très riche et communique abondamment avec celui de la musculeuse. D'autre part, les voies lymphatiques de l'utérus s'anastomosent largement avec les éléments lymphatiques tubaires et ovariens et avec les voies de drainage des cloisons et des ganglions promontoriens présacrés et même avec les voies de drainage du membre inférieur. C'est ce qui permettrait à des fragments de muqueuse utérine de quitter leur lieu d'existence physiologique et de se disséminer hors de l'utérus dans toutes les directions.

Cette théorie résout certains problèmes, car :

1 - elle convient à toutes les localisations de l'endométriose,

2 - elle explique le caractère régional de la maladie, car il est facile d'admettre que la survie des éléments endométriaux ne peut se faire que si leur trajet et leur séjour dans les lymphatiques n'ont pas été trop longs . (1929 GRICOUROFF).

3 - les anastomoses lymphatiques entre le réseau utérin, tubaire et ovarien permettent de rendre compte de la fréquence des localisations observées au niveau de ces organes.

4 - l'endométriose observée au niveau des cicatrices, dont l'interprétation demeurait délicate lorsque l'intervention n'avait pas nécessité l'ouverture de la cavité utérine, pouvait dès lors trouver une explication. Celle-ci fournie par HALBAN était la suivante :

Les éléments endométriaux quitteraient l'utérus par voie lymphatique et se disséminaient dans toutes les directions jusqu'au moment où le trajet lymphatique serait obstrué

par un cul-de-sac, un rétrécissement, un relais ganglionnaire ou une interruption artificielle de trajet, due à une cicatrice. La migration s'arrêterait et une lésion endométriale se développerait localement.

Cette hypothèse fût reprise et soutenue par GRICOUROFF

5 - l'ombilic et le ligament rond seraient accessibles grâce aux nombreuses anastomoses de leur réseau, avec celui de l'utérus.

6 - l'importance des réseaux sous-séreux dans lesquels pourraient s'arrêter de petites embolies de fragments endométriaux, serait sans doute l'explication des endométrioses des organes intra-péritonéaux.

Pour satisfaisante qu'elle soit, la théorie de la métastase lymphatique connût des objections de valeur différente :

Il semblait impensable pour certains, que l'endomètre, tissu normal et non tumoral, puisse pénétrer par effraction dans le système lymphatique et veineux, y survivre et se greffer à distance. Pour les auteurs de cette époque, ces propriétés étaient l'apanage exclusif des tumeurs malignes.

Ces objections, qui eurent un grand retentissement correspondaient à une façon de concevoir le problème, mais, dans leur traité d'anatomie pathologique, ROUSSY, LEROUX et OBERLING firent justice de cette objection, en indiquant que la migration vasculaire d'éléments cellulaires est un phénomène très général, puisque des cellules normales (trophoblastes placentaires et hépatocytes) peuvent pénétrer dans la circulation générale. Ce qui appartiendrait en propre aux tumeurs malignes, ce serait le pouvoir que possèdent les éléments ainsi migrés, de reproduire partout où ils se trouvent arrêtés, de nouveaux foyers, de nouvelles colonies cancéreuses, détruisant les tissus voisins et ce qui serait typique du cancer, serait non pas la pénétration dans les vaisseaux, de cellules ou de fragments de tissus, mais la faculté de donner des métastases ayant les mêmes caractères de croissance et d'envahissement que ceux de la tumeur primitive.

Il faut, d'autre part, considérer cette faculté tout à fait extraordinaire de l'endomètre soumis à l'influence des hormones ovariennes, de se régénérer chaque mois, avec une surprenante rapidité ; cette activité tissulaire , presque

exhubérante, permet d'envisager une pénétration facile des vaisseaux, surtout si l'on songe aux phénomènes de dilatation intense et de congestion vasculaire et aux remaniements qui se font durant les périodes menstruelles et les parturitions.

Considérant l'utérus non pas comme un organe inerte mais comme un muscle animé de contractions, aussi bien dans la période menstruelle, que durant la grossesse et l'accouchement il n'est pas besoin de faire de grands efforts d'imagination pour envisager la possibilité de la pénétration endométriale dans les vaisseaux du myomètre.

Nous allons maintenant examiner rapidement et successivement les périodes durant lesquelles une pénétration de l'endomètre dans les vaisseaux du myomètre pourrait se faire avec une certaine probabilité.

A - Période de grossesse et de parturition.

Pendant la gestation, l'utérus va organiser une structure musculaire et vasculaire adaptée aux conditions de développement d'un embryon. Il y aura un accroissement musculaire portant sur un allongement fibrillaire et la transformation de fibres conjonctives en fibres musculaires lisses, à titre temporaire, il y aura d'autre part, une modification du système vasculaire à l'intérieur même du myomètre, soit par augmentation de calibre de certains vaisseaux, soit par la création de lacs sanguins favorisant les échanges foeto-maternels.

Après l'accouchement, alors que l'utérus vient d'expulser son contenu, les fibres musculaires tendent à reprendre leur position et leurs dimensions initiales. Mais la traction mécanique qui s'est exercée pendant la gestation, ne permet qu'un retour très progressif des fibres à l'état normal, bien qu'une puissante contraction se manifeste dans l'heure qui suit l'accouchement assurant une hémostase satisfaisante.

Le retour de l'utérus à son état normal antérieur se fait en deux ou trois semaines ; en effet, outre les effets mécaniques, il faut que les fibres musculaires néoformées aux dépens du tissu conjonctif se retransforment en tissu conjonctif. Ces facteurs introduisent donc une idée de freination utérine analogue au phénomène de l'inertie rencontré en mécanique dynamique.

Pendant que l'utérus tend à reprendre sa forme initiale, les vaisseaux qui eux aussi, avaient connu une période

de dilatation et d'enrichissement quantitatif et qualitatif, doivent reprendre un état et un calibre de repos. Ce phénomène ne peut s'effectuer qu'avec le retour des faisceaux musculaires à leur état normal, du fait que les parois vasculaires sont souvent formées, outre l'endothélium, par les faisceaux du myomètre. La fermeture des vaisseaux ne se fera qu'après le retour des éléments myométriques à leur état d'élasticité normale.

Durant la béance relative de ces vaisseaux aussi bien lymphatiques que sanguins, bon nombre d'éléments endométriaux de petite taille peuvent s'engager dans les vaisseaux et ainsi migrer dans plusieurs régions jusqu'à ce que le calibre vasculaire , de plus en plus réduit, les arrête. Ils se fixeront et se développeront localement.

Il faut noter que les parois vasculaires au moment de l'accouchement sont encore très fines et que, de ce fait, leur pénétration par des éléments endométriaux serait très facile.

La perturbation hormonale qui suit l'accouchement et l'accomodation de l'organisme à l'allaitement, peuvent favoriser la viabilité de ces éléments migrateurs.

B Période menstruelle.

Cette période est caractérisée par un certain nombre de modifications survenant au niveau du tractus génital, selon un rythme cyclique déterminé par le cycle ovarien.

1 - au niveau de l'ovaire : le cycle se caractérise par le développement, puis la maturation du follicule, suivie de l'expulsion de l'ovocyte, en même temps que se forme un corps jaune aux dépens des reliquats du follicule.

2 - au niveau de la trompe : le cycle menstruel se manifeste au niveau de la trompe par des modifications de l'épithélium de revêtement, dont les cellules subissent des variations d'épaisseur. Ces variations épithéliales s'accompagneront de modifications vasculaires d'intensité variable au niveau des vaisseaux tubaires.

3 - au niveau du vagin : les modifications menstruelles se manifestent au niveau de l'épithélium vaginal par une variation quantitative et qualitative des éléments desquamés dont la proportion varie durant les différentes phases du cycle.

4 - au niveau de l'utérus : le cycle menstruel est caractérisé par des phases de croissance et de dégénérescence de l'endomètre ; si l'on considère le cycle utérin en fonction du cycle ovarien dont il dépend physiologiquement, on le divise en deux phases qui se succèdent. La phase folliculinique et la phase lutéale.

a - Phase folliculinique.

Elle est caractérisée par la régénération de l'endomètre, puis sa prolifération sous l'action de la folliculine durant les quatorze premiers jours du cycle.

Dès la seconde partie de cette phase, on peut distinguer dans la muqueuse, trois zones, une zone superficielle ou couche compacte, une zone moyenne ou couche spongieuse et une zone profonde ou couche basale.

Durant cette période, les vaisseaux du myomètre sont peu dilatés et ne montrent pas de signes de congestion ou de stase sanguine. Contrairement à l'endomètre, le myomètre semble être en repos.

b - Phase lutéale.

Elle intéresse la seconde moitié du cycle menstruel: c'est la phase sécrétoire et menstruelle. Lorsque l'ovulation s'est faite, il y a développement d'un corps jaune et l'endomètre va changer graduellement pour aboutir à un stade progestatif net.

Les trois zones de la muqueuse seront plus nettes ; la couche compacte sera formée par des amas de cellules turgescentes, la couche spongieuse sera oedémateuse, entourant des glandes dilatées ; secrétant activement la couche basale, elle ne montrera ni hypertrophie, ni oedème.

De petites artères partant perpendiculairement à la zone basale traversent la couche spongieuse pour atteindre la couche compacte où elles deviennent tortueuses : ce sont les artères spiralées.

Parcourant également les trois zones endométriales, on trouve des veines qui présentent une morphologie différente selon la zone considérée.

- au niveau de la couche compacte, les éléments veineux se présentent comme des vaisseaux dilatés et anastomosés.

- leur font suite des veinules de faible calibre, mais richement anastomosées, situées dans la couche spongieuse.

- Ces éléments se regrouperont en veines de calibre irrégulier, mais plus important au niveau de la couche basale.

Les éléments veineux de la muqueuse entourent les tubes glandulaires et iront se jeter dans les veines du myomètre.

Le système lymphatique est également particulièrement développé pendant cette phase.

C'est sur un tel endomètre que va survenir la menstruation.

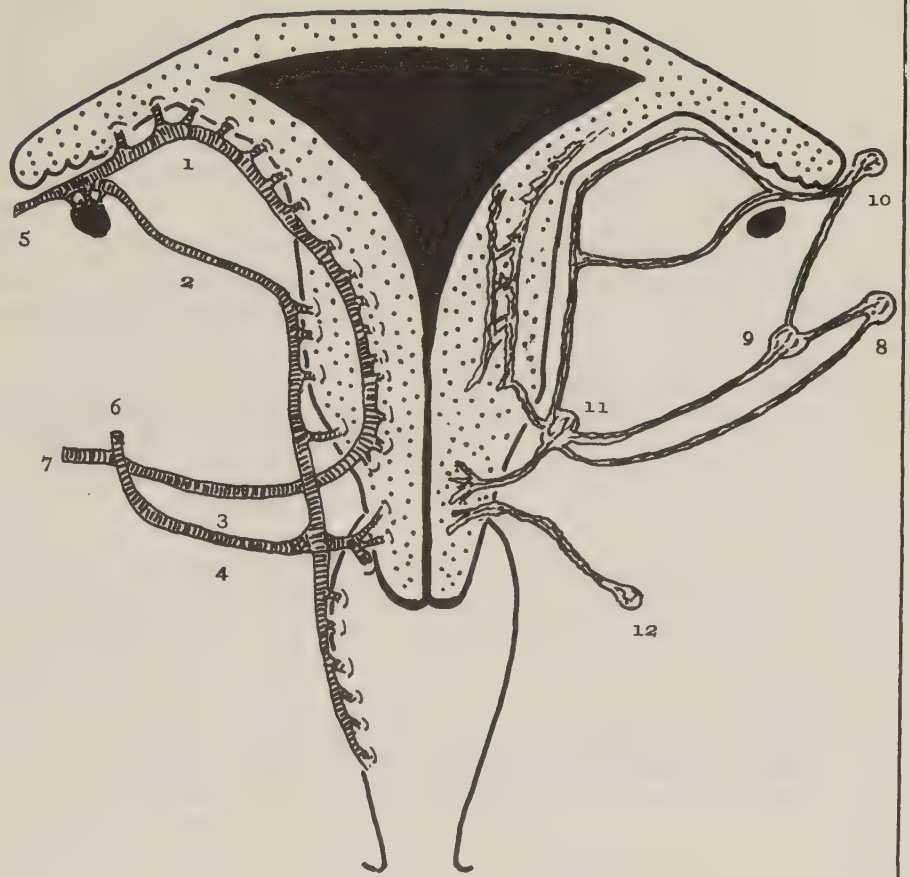
C - La menstruation.

Bien que depuis longtemps ces phénomènes aient fait l'objet de nombreuses études, ses causes ne sont pas encore entièrement élucidées. On a incriminé, d'une part, un mécanisme hormonal avec une chûte de la progestérone, puis on a avancé l'hypothèse d'une toxine menstruelle (BOUTE) qui jouerait un rôle important dans le déterminisme de la menstruation. On pense que des facteurs neuro-vasculaires, des agents ortho ou para-sympathomimétiques pourraient aussi avoir une part active dans ce mécanisme.

En fait, on pense qu'il y a d'abord dans les cinq ou six jours qui précèdent la menstruation, une chûte des hormones qui entraine une diminution d'épaisseur de l'endomètre, qui se traduit par un tassement des artères spiralées, ce qui entraîne un ralentissement du flux sanguin au niveau de ces artères et une stase sanguine. Ce phénomène serait lié au spasme artériel qui se produit au niveau de la couche basale de l'endomètre, entrainant un oedème interstitiel et une ischémie aboutissant à la nécrose des couches moyennes et superficielles de l'endomètre.

A la vaso-constriction artérielle ferait suite une vaso-dilatation temporaire atteignant successivement des groupes différents de vaisseaux pendant une courte période. C'est à ce moment que se produit l'hémorragie par suite du manque de résistance rencontré par le flux sanguin au niveau des éléments nécrosés.

SCHEMA DES VOIES VASCULAIRES



VEINEUSES

1- Veine tubo-ovarienne
2- Veine utero-ovarienne
3- Veine utérine accessoire
4- Veine utérine principale
5- Veine cave inférieure
6- Veine hypogastrique
7- Veine obturatrice

LYMPHATIQUES

8- Ganglion hypogastrique
9- Ganglion de Leveuf et Godard
10- Ganglion supéro-externe
11- Ganglion para-urétéral
12- Ganglion promontorien.

Il faut encore noter que la couche basale de l'endomètre resterait pratiquement identique à elle-même durant toute la durée du cycle.

Il est bien évident qu'à la faveur de toutes les modifications qui se produisent durant le cycle, au niveau de l'endomètre et du myomètre qui se contracte plus ou moins durant la période menstruelle, le passage de quelques éléments de l'endomètre dans les vaisseaux sanguins et lymphatiques, semble possible pour réaliser une migration métastatique, dont les éléments, une fois fixés, développeront une série de lésions endométriales en un ou plusieurs points de l'organisme.

La migration vasculaire sanguine et lymphatique suivrait les voies anatomiques normales, que nous rappelons dans les planches indexées.

Ces théories ont le mérite d'expliquer toutes les localisations de la maladie, le caractère régional et les particularités des lésions observées.

IV - THEORIES COMPOSITES.

En dehors des idées mettant en avant les origines embryologiques métaplasiques, métastatiques, d'autres propositions fûrent faites, qui impliquaient une certaine complexité de mécanisme.

a - Une théorie utéro-tubaire fût avancée, dont nous retrouvons la trace dans l'article de GARDNER, RONALD, GREENE et BROOKS RANNEY, mais sans aucune précision quant à son auteur et à l'époque de sa publication :

La région de la jonction utéro-tubaire, portion intra murale de la trompe, serait souvent le siège de phénomènes prolifératifs, qui donneraient aux salpingites isthmiques nodulaires, selon ces auteurs, un aspect d'adénomyomes, dont les tubes glandulaires possèderaient un revêtement épithélial soit de type utérin, soit de type tubaire, soit encore alliant les deux catégories d'épithéliums. Les éléments glandulaires seraient parfois entourés par un stroma, alors que d'autres fois, celui-ci serait absent.

Ces glandes pourraient proliférer dans la muqueuse, traverser la musculeuse, atteindre la séreuse et parfois, s'étendre au delà de celle-ci. On peut donc admettre que dans

un premier temps, il y ait création de lésions endométriales sous la séreuse (mésosalpinx) par prolifération des éléments glandulaires ayant migré, et que dans un second temps, la rupture de ces plages lésionnelles favorise un nouvel essaimage des éléments, qui poussaient s'implanter et développer à distance, d'autres lésions endométriales intra ou même extra péritonéales.

Comme bien d'autres, cette théorie ne permettait pas l'explication de toutes les localisations, aussi, d'autres auteurs reprirent-ils le problème.

b - Théorie composite de JAVERT :

En 1949, JAVERT proposa une théorie réalisant la synthèse des idées publiées avant lui. Cette théorie réunissait différents principes dont celui de la reproduction de l'endomètre à partir de lui-même et aussi ceux de l'extension endométriale directe à partir de la muqueuse utérine, de la desquamation et de l'implantation des fragments ainsi détachés de l'endomètre, réalisant des greffes et enfin, ceux de la migration métastatique sanguine et lymphatique de fragments de muqueuse utérine.

Pour JAVERT, l'endomètriose proviendrait de l'endomètre utérin adulte, dont les éléments se disséminaient en dehors des périodes menstruelles par des voies spéciales à la manière des cancers de l'utérus. En partant de cette hypothèse, JAVERT limitait la possibilité d'une greffe d'éléments endométriaux menstruels nécrotiques. Il insistait sur le fait que la dissémination active des éléments endométriaux était favorisée par les phénomènes de régénération cyclique que possède la muqueuse utérine.

JAVERT résumait sa théorie en cinq points :

1 - Il y aurait une extension directe de l'endomètre utérin, dans le myomètre, au niveau de la jonction utéro-tubaire, au niveau des organes adjacents, grâce à une pénétration des éléments endométriaux, qui traverseraient les parois et les séreuses, et provoqueraient des lésions d'endométriose au niveau de la vessie et de l'intestin.

2 - Il existerait aussi une desquamation d'éléments viables de la muqueuse utérine, qui franchiraient les pavillons tubaires à l'issue d'une traversée de la trompe de Fallope.

3 - Ces fragments aboutiraient sur l'ovaire, le péritoine, les intestins s'y implanteraient et donneraient naissance à des lésions d'endométriose.

4 - Les atteintes des organes du petit bassin pourraient être le résultat d'une métastase lymphatique atteignant les ganglions et les vaisseaux lymphatiques. Cette possibilité expliquerait le caractère régional de l'affection.

5 - Les atteintes d'organes lointains tels que plèvre, poumons, reins, muscles, peau seraient le fait de métastases sanguines.

En 1951, JAVERT reprit le problème et affirma que les théories métaplasiques ne pouvaient entrer dans le cadre de sa théorie composite de l'étiopathogénie de l'endométriose. Il confirma d'autre part, que l'endométriose ne se voyait que chez la femme en période d'activité génitale, qu'en effet, elle n'existait ni chez la fillette impubère, ni chez les femmes présentant des ovaires normaux, mais dépourvues d'utérus ou possédant un utérus rudimentaire, ni enfin chez l'homme.

Les hypothèses de JAVERT semblaient être en accord avec les conceptions classiques, émises jusque là sur le problème. Cependant, la complexité des mécanismes incriminés ne semblait pas être en faveur d'une étiopathogénie simple de la maladie. C'est pourquoi la théorie de JAVERT ne connût pas la faveur escomptée par son auteur, les chercheurs préférant une explication plus schématique des mécanismes pathogéniques de l'endométriose.

Après avoir examiné les grandes théories émises pour tenter d'élucider le mystère pathogénique de l'endométriose, nous allons maintenant étudier quelques observations cliniques et leur compte-rendu histopathologique, qui nous ont été obligeamment communiquées à la Clinique BAUDELOCQUE, dans le Service de M. le Professeur LACOMME.

Pour réaliser cette étude, dans le cadre d'une revue plus générale de la question, nous avons été amené à traiter nos recherches sous une forme plus schématique, en adoptant un mode de tableau synoptique, facilitant le dépouillement des renseignements collectés dans les dossiers.

Nous avons axé nos méthodes d'analyse en fonction des critères servant de bases aux études présentées dans les différentes publications que nous avons consultées et, de ce fait, nous ne réaliserons pas une analyse exhaustive de nos dossiers, en nous limitant à une revue plus générale du problème.

I - METHODES D'ANALYSE.

Après une lecture patiente des observations décrites dans la littérature mondiale, nous avons essayé de déterminer les points essentiels qui semblaient diriger les recherches sur la connaissance de la maladie ; nous avons regroupés les renseignements fournis par l'analyse de nos dossiers sous forme de tableau comportant un certain nombre de colonnes réalisées en fonction des éléments statistiquement étudiés en général.

Chacune de ces colonnes correspondra à l'analyse d'un dossier en fonction des éléments désirés. De ce fait, nous avons éliminé les détails qui nous semblaient présenter une importance secondaire dans l'esprit de notre étude.

a - Eléments du tableau :

Faisant suite à une analyse rapide indiquant la référence d'Etat Civil, l'âge de la malade au moment de la découverte de l'endométriose, nous avons groupé quelques renseignements relatifs :

1 - Aux antécédents physiologiques :

- âge de la puberté,
- analyse des cycles menstruels comportant une étude de la durée du cycle et de la menstruation, notés sous forme de rapport, selon les méthodes usuelles des consultations gynécologiques, nous y avons adjoint une notation relative à la régularité des cycles représentée par :

  R, si les cycles étaient réguliers
  I, si les cycles étaient irréguliers.

- La notification de la ménopause, dans le cas où celle-ci se serait produite.

2 - Aux antécédents pathologiques :

- Nous avons éliminé les antécédents médicaux, nos malades n'ayant rien présenté sur le plan de la pathologie médicale.

- Antécédents chirurgicaux et gynécologiques :

Nous n'avons conservé sous cette rubrique que les interventions abdominales, appendicites, laparotomies, pour hydrosalpinx, prolapsus génital et autres éléments de même nature.

Nous avons éliminé les interventions orthopédiques.

- Présence de métrorragies :

La notation de cet élément est faite de la manière suivante :

Nous indiquons la date d'apparition, puis la date d'une éventuelle modification, soit en plus, soit en moins.

Dans le cas où nous n'avons aucun détail, nous nous sommes contentés d'indiquer la présence de ce signe.

3 - Antécédents obstétricaux :

Nous avons noté le nombre de grossesses de nos patientes, le nombre de leurs accouchements normaux à terme, le nombre de leurs accouchements normaux prématurés, le nombre de Césariennes, de fausses-couches et de curetages.

Nous avons considéré comme normal, un accouchement s'étant effectué par les voies naturelles, sans tenir compte du terme.

Ces éléments sont codifiés dans notre tableau de la manière suivante :

G = Nombre de grossesses,
ANT = Accouchement normal à terme,
ANP = Accouchement normal prématuré,
Ce = Nombre de Césariennes
FC = Nombre de fausses-couches,
Cu = Nombre de curetages,

4 - Les Associations :

Nous avons indiqué si nos cas d'endométriose étaient ou non associés, soit à un fibrome utérin, soit à un kyste de l'ovaire, soit encore à des douleurs pelviennes. (D.P.)

LOCALISATIONS	INTERVENTIONS	ASSOCIATION			
			OBSTETRICAUX	CHIRURGICAUX	PHYSIOLOGIQUES

5 - Nous avons ensuite noté la nature de l'intervention ayant permis la découverte de l'endométriose, en effet, aucune de nos observations ne présentait une symptomatologie suffisamment nette pour permettre un diagnostic clinique de l'affection, qui fût découverte, soit per opératoirement, soit lors de l'examen histopathologique des pièces opératoires.

KO = kyste de l'ovaire.

6 - Toutes les localisations ont été déterminées par l'examen anatomopathologique systématique des pièces opératoires, dont nous trouverons les comptes-rendus détaillés à la fin de ce chapitre.

Il est bien évident que notre étude, volontiers restrictive, pourra sembler arbitraire, mais il nous est apparu que ce système d'analyse était le plus commode pour l'étude que nous avons entreprise.

II - ANALYSE des RESULTATS.

Nous allons examiner successivement chacune des rubriques qui figurent dans notre tableau et nous essayerons d'en tirer les grandes idées.

1) Nous avons dressé un tableau présentant les localisations de la maladie en fonction de l'âge et nous en avons tiré des éléments statistiques. Nous avons réparti nos malades par tranches d'âge et nous avons porté les numéros d'observations correspondant à chaque cas.

TABLEAU DES POURCENTAGES DE L'ENDOMETRIOSE
EN FONCTION DE L'AGE ET DES LOCALISATIONS

A G E	20 - 30	31 -40	41-50	51-60	61-70	71-80	
T O T A L	26,5	24	23,5	22,5	0	3,5	
INTERSTITIELLE	6,9	13,9	13,9	19	0	3,5	56,6
	5,6	9, 11 14, 15	17, 18 19, 21	22, 23, 24 25, 26, 29	0	28	
OVARIENNE	10,3	3,5	6,9	3,5	0	0	23,5
	2, 8, 7,	10	16, 20	27	0	0	
TUBAIRE	3,5	6,9	0	0	0	0	9,4
	4	12, 13,	0	0	0	0	
CICATRICIELLE	3,5	0	0	0	0	0	3,5
	3	0	0	0	0	0	
INGUINALE	3,5	0	0	0	0	0	3,5
	1	0	0	0	0	0	
RECTO-VAGINALE	0	0	3,5	0	0	0	3,5
	0	0	17	0	0	0	

En résumé : La maladie semble plus fréquente durant la période d'activité génitale. L'endométriose interstitielle étant de loin la localisation la plus fréquente, au fur et à mesure que l'âge augmente.

Nous trouvons un maximum d'endométriose de ce type entre 31 et 60.

2) - Antécédents physiologiques :

a - Puberté :

Les âges pubertaires relevés dans nos dossiers ne révèlent aucune particularité.

b - Cycles menstruels :

Nous sommes d'emblée frappés par le fait qu'en majorité nos malades présentent des cycles irréguliers, tant en durée qu'en périodicité.

c - Ménopause :

Un fait nous parait intéressant à noter : sur 8 patientes, 7 d'entre elles présentaient une endométriose interstitielle, la dernière révélant une localisation ovarienne.

3) - Antécédents pathologiques :

Les antécédents chirurgicaux et gynécologiques ne nous permettent aucune conclusion intéressante.

4) - Antécédents obstétricaux :

Nous avons distingué sous une même rubrique le nombre de grossesses de nos patientes et leur résultat, en différenciant les accouchements normaux, à terme ou survenus avant terme (accouchement s'étant effectué par les voies naturelles).

Nous avons aussi indiqué dans cette étude, les incidents ou accidents tels que les césariennes, les fausses couches et les curetages.

TOTAL de nos patientes	29
Nombre de femmes ayant été enceintes	16

Incidents et accidents :

Nombre de femmes ayant subi une césarienne	2
Nombre de femmes ayant fait des fausses couches	
Fausse-couche survenant chez des patientes ayant eu auparavant des accouchements normaux à terme	5

Fausse-couche survenant chez des patientes n'ayant jamais mené une grossesse au delà du troisième mois 3

Remarque : Nous n'avons pas tenu compte des épisiotomies, car bon nombre de malades venant consulter pour syndrome gynécologique n'avaient pas accouché à la Clinique Baudelocque et de ce fait, nous ne disposions d'aucun renseignement sur leurs accouchements et leurs éventuelles dystocies.

Ces éléments sont en accord avec ceux que nous avons trouvés dans la littérature mondiale.

En résumé, nous devons bien remarquer que la gestation semble jouer un rôle dans l'étiologie de la maladie, la proportion de césariennes ne peut nous fournir de conclusion bien nette quant au faible nombre de leur cas. Cependant,nous noterons que sur nos deux cas, nous avions une localisation sur la cicatrice et une localisation interstitielle.

Les fausses-couches semblent de leur côté avoir un rôle sur la localisation, car chez toutes les femmes ayant fait des fausses-couches ayant nécessité un curetage, on ne voit que des localisations interstitielles.

5) - Nous avons noté la nature de l'intervention ayant permis la découverte de la maladie, l'endométriose étant très rarement d'une netteté clinique suffisante pour permettre un diagnostic de l'affection. En effet, l'endométriose est très souvent, pour ne pas dire pratiquement toujours,une découverte per-opératoire ou histopathologique.

La maladie semble être maintenant plus fréquente, depuis que l'on fait systématiquement l'examen anatomopathologique de toutes les pièces opératoires.

Nous avons rattaché à cette rubrique une analyse des temps de latence entre le dernier acte chirurgical ou obstétrical et la manifestation des signes cliniques de l'endométriose ou plutôt, sa découverte.

Nous remarquons que le temps de latence varie :

- entre 20 et 30 ans, il est de ..... 1 à 3 ans
- entre 31 et 40 ans, il est de ..... 5 à 12 ans

- entre 41 et 50 ans, il est de ..... 2 à 30 ans
- entre 51 et 60 ans, il est de ..... 20 à 40 ans
- entre 61 et 70 ans, nous n'avons aucune donnée.
- entre 71 et 80 ans, il est de ..... 20 à 40 ans.

Ces faits sont en accord avec ceux que l'on peut trouver dans la littérature mondiale. Le temps semble donc plus court chez les femmes jeunes.

6) - Les associations.

Nous devons examiner ici les associations entre l'endométriose et d'autres syndrômes, tels que les fibromes utérins, les kystes folliculaires de l'ovaire.

Sur 29 cas d'endométriose, nous trouvons 14 cas sans association, c'est-à-dire environ 48,3 %.

Ensuite, nous constatons que nous avons :

1/ 7 endométrioses associées à un fibrome utérin, soit 24,1%

2/ 7 endométrioses associées à un kyste de l'ovaire, " 24,1%

3/ 1 endométriose associée à la fois à un kyste de l'ovaire et à un fibrome utérin, soit 3,5%

Ces éléments sont en accord avec ceux que nous avons trouvés dans la littérature mondiale.

7) - Localisations de l'endométriose :

Nous rencontrons la distribution suivante :

A - 17 cas d'endométriose interstitielle, soit 56,6 %

L'examen des dossiers nous indique que 11 parmi ces femmes avaient été enceintes et que 8 d'entre elles avaient eu des accouchements normaux à terme, alors que 3 avaient fait des fausses-couches n'ayant pas mené une grossesse au delà du troisième mois.

Nous rappellerons que le nombre d'endométrioses interstitielles est plus grand au fur et à mesure que l'age augmente et que sur 8 patientes ménopausées, nous avions une proportion de 7 endométrioses interstitielles ; nous noterons encore que sur 8 endométrioses associées à un fibrome utérin ,

nous avions 7 endométrioses interstitielles et que sur 8 endométrioses associées à un kyste de l'ovaire, nous avions seulement 3 endométrioses interstitielles.

Il ressort de notre étude que l'endométriose interstitielle est de loin la localisation la plus fréquente.

B - 7 cas d'endométriose ovarienne, soit 23,5 %

L'examen des dossiers nous indique que 5 parmi ces femmes n'avaient jamais été enceintes, alors que 2 d'entre elles avaient eu des enfants par accouchements normaux à terme.

Dans les associations d'endométriose ovarienne avec d'autres affections, nous notons 3 cas associés à un kyste de l'ovaire, 1 cas associé à un fibrome utérin.

Ces résultats semblent en accord avec ceux de la littérature mondiale dans laquelle nous trouvons l'indication que la stérilité est plus fréquente chez les femmes présentant des endométrioses ovariennes.

C - 3 cas d'endométriose tubaire, soit 9,4 %

Nous voyons que chez ces femmes, 1 seule n'a jamais été enceinte, les 2 autres ayant eu des enfants par accouchements normaux à terme, mais une aurait eu par la suite une fausse-couche.

D - 1 cas d'endométriose inguinale (ganglionaire) 3,5 %

Ce cas ne nous permet pas de tirer de conclusion, quant au terrain et aux conditions pathologiques.

E - 1 cas d'endométriose sur cicatrice.

Il s'agit d'un cas de greffe sur cicatrice de césarienne.

F - Enfin nous signalons une localisation recto-vaginale associée à une endométriose interstitielle.

COMPTES RENDUS HISTOLOGIQUES DE NOS OBSERVATIONS

Observation n° 1 -

Le prélèvement examiné consiste en un fragment d'un nodule fait d'un tissu conjonctif au sein duquel on note la présence d'une formation kystique faite par des cavités glandulaires, dont l'épithélium de revêtement est aplati et qui sont entourées par un tissu évoquant l'aspect d'un chorion cytogène. Les cavités glandulaires contiennent du pigment ferrugineux. La vascularisation de la formation comporte des vaisseaux relativement dilatés. Il s'agit d'une endométriose enkystée dans le tissu cellulo-adipeux de la région inguinale.

Observation n° 2 -

La pièce examinée est un ovaire qui est le siège d'une sclérose plus ou moins dense, au niveau du parenchyme ovarien, on peut rencontrer des plages faites d'un tissu évoquant un chorion cytogène, au sein duquel on distingue des éléments glanduliforme bordé par un épithélium prismatique par endroit et un peu plus aplati en d'autres. A une certaine distance de ces ilots endométriaux, on note la présence de petits amas de pigment ferrugineux. Quelques vaisseaux paraissent dilatés. Il s'agit d'une endométriose ovarienne.

Observation n° 3 -

Le fragment examiné consiste en un nodule conjonctif, entouré de tissu adipeux, au sein duquel on note la présence de plages glandulaires environnées d'un tissu d'aspect stromal. On observe la présence de macrophages et de pigment ferrugineux. Il s'agit d'un nodule inflammatoire contenant des plages endométriales.

Observation n° 4 -

La pièce examinée est une trompe de Fallope, qui présente une sclérose localisée. Par endroit, on note la présence de petites plages de pigments ferrugineux et de plages hémorragiques. On rencontre des formations faites de plages d'un tissu rappelant le chorion cytogène, au sein desquels

on distingue des tubes glanduliformes bordés par un épithélium prismatique simple. Cet aspect est évocateur d'une endométriose. Endométriose tubaire.

Observation n° 5 -

Au sein d'un utérus myomateux, on rencontre des ilots de tissu comportant des cavités glanduliformes, bordées par un épithélium prismatique simple, entouré par des éléments évoquant un chorion cytogène. Ces formations sont réparties sans ordre entre les faisceaux de fibres musculaires du myomètre, qui semblent très denses. Les vaisseaux sont le siège d'une congestion intense, avec quelques plages hémorragiques au sein du myome.
Il s'agit d'une endométriose interstitielle, associée à un myome utérin.

Observation n° 6 -

Le fragment d'utérus examiné présente une congestion vasculaire intense, avec des plages hémorragiques, au sein du myomètre. On rencontre des zones contenant des cavités glanduliformes, dont l'épithélium de revêtement est aplati. Autour de ces tubes, on voit un tissu peu dense, qui pourrait être un chorion cytogène.
Il semble s'agir d'une endométriose interstitielle.

Observation n° 7 -

L'ovaire est le siège d'une sclérose plus ou moins dense. On observe la présence d'une volumineuse formation kystique, dont l'épithélium de revêtement est aplati. Autour de ces formations kystiques, on note la présence d'un chorion cytogène relativement net. On observe une congestion vasculaire intense, avec des plages d'hémosidérine dans les élé - ments interstitiels.
Il s'agit d'une endométriose ovarienne.

Observation n° 8 -

La pièce examinée est un ovaire qui présente des lésions de sclérose assez importantes. On note, cependant, des formations kystiques assez grosses, dont la lumière est bordée par un épithélium prismatique, aplati par endroit. Entourant ces formations épithéliales, on trouve un tissu qui présente un aspect évoquant un chorion cytogène.
Il s'agit d'une endométriose ovarienne.

Observation n° 9 -

Au sein d'une formation tumorale au niveau d'un utérus, on trouve des plages glanduliformes évoquant une endométriose, bien que le chorion cytogène soit très discret dans certains endroits et absent dans d'autres.
D'autres préparations montrent un ovaire porteur d'un kyste folliculaire. Il semble donc s'agir d'une endométriose interstitielle, associée à un myome de l'utérus et à un kyste folliculaire de l'ovaire.

Observation n° 10 -

On note la présence au niveau de l'ovaire, de cavités d'aspect glandulaire, bordées par un épithélium légèrement prismatique, entouré par un tissu présentant l'aspect d'un chorion cytogène. Les vaisseaux sont le siège d'une vasodilatation intense, et on trouve des amas d'hémosidérine.
Il s'agit d'une plage d'endométriose au sein de l'ovaire.

Observation n° 11 -

La pièce examinée représente un ovaire portant deux formations kystiques, une hémorragique et une folliculaire. On notera la présence de formations glanduliformes incluses dans un stroma évoquant un chorion cytogène. Ces formations occupent le parenchyme ovarien et sont accompagnée par une certaine vasodilatation.
Il s'agit d'une endométriose ovarienne.

Observation n° 12 -

La trompe de Fallope est le siège d'une congestion vasculaire très intense, avec un certain degré d'oedème dans le tissu interstitiel. On rencontre un nodule entouré par des fibres musculaires lisses et formé par une plage de tissu glandulaire, dont les cavités sont bordées par un épithélium prismatique légèrement aplati. Autour de ces cavités glandulaires, on note la présence d'un tissu ressemblant au chorion cytogène.
Il s'agit d'une endométriose tubaire.

Observation n° 13 -

Au niveau de la trompe de Fallope, on note la présence d'une plage faite d'éléments glanduliformes, entourés par un tissu présentant l'aspect d'un chorion cytogène. Les colorations spéciales montrent, au niveau de cette lésion, une

certaine abondance de glycogène.
Il s'agit d'une endométriose tubaire.

Observation n° 14 -

Au sein d'un utérus myomateux, on peut rencontrer des zones présentant une structure glandulaire. Ces éléments sont formés par des cavités irrégulières, bordées par un épithélium prismatique simple, entouré d'un tissu conjonctif , évoquant l'aspect du chorion cytogène. On note une vaso dilatation intense avec des plages assez nombreuses d'hémorragie interstitielle. On observe aussi la présence de macrophages et de pigments ferrugineux.
Il s'agit d'une endométriose interstitielle.

Observation n° 15 -

Au sein d'un utérus très fibromateux, on rencontre des plages lésionnelles, formées de tubes glandulaires, entourés d'un tissu conjonctif évoquant un stroma endométrial. A quelque distance de ces plages, on note une vaso-dilatation intense avec des plages hémorragiques dans le tissu interstitiel.
Il s'agit d'une endométriose interstitielle, associée à une sclérose ovarienne.

Observation n° 16 -

Au sein d'un ovaire kystique présentant une congestion vasculaire intense avec des plages hémorragiques et des macrophages ayant phagocytés du pigment ferrugineux, on note la présence de cavités glanduliformes contenant du sang. Ces cavités possèdent une bordure épithéliale faite de cellules prismatiques et sont entourées d'un tissu, qui présente l'aspect d'un chorion cytogène plus ou moins typique.
Il s'agit vraisemblablement d'une plage d'endométriose ovarienne.

Observation n° 17 -

Les pièces examinées montrent un utérus, qui présente une muqueuse en phase folliculo-lutéinique. Au niveau de l'isthme utérin, on note la présence au sein du myomètre de formations glandulaires, dont certaines sont dilatées, kystiques. Ces glandes possèdent un épithélium prismatique simple, aplati par endroit et sont entourées par un chorion

cytogène abondant. On observe une vaso-dilatation intense avec des plages hémorragiques dans le tissu interstitiel, présence de macrophages ayant phagocytés du pigment ferrugineux.
Il s'agit d'une endométriose interstitielle, associée, comme nous l'avons observé dans d'autres lames, à un kyste folliculaire de l'ovaire.

Observation n° 18 -

Au sein d'un utérus fibromateux, on rencontre des plages faites de chorion cytogène, entourant des formations tubulo-glandulaires. Les vaisseaux sont très dilatés et on note la présence de zones hémorragiques dans le tissu interstitiel avec, par endroits, des petits amas de pigments ferrugineux.
Il s'agit d'une endométriose interstitielle, associée à un myome utérin.

Observation n° 19 -

Le myomètre semble peu dense et présente un certain degré d'oedème. Au sein de ce tissu, on trouve des plages constituées par des tubes glandulaires, entourés par un chorion cytogène. Cet aspect est typique d'une endométriose interstitielle. Autour de ces éléments, on note que les vaisseaux sont dilatés et dans le chorion, on observe des amas de pigments ferrugineux.

Observation n° 20 -

Au niveau du pédicule de l'ovaire, on note une congestion vasculaire très importante avec des plages hémorragiques dans le tissu interstitiel. On rencontre des cavités d'aspect glandulaire, incluses dans un tissu ayant l'aspect d'un chorion cytogène. Ces zones présentent la structure de l'endomètre. A côté de ces plages, on note la présence de petits amas de pigments ferrugineux et de quelques macrophages.
Il s'agit d'une endométriose au niveau d'un ovaire, associée à un myome utérin comme le montrent d'autres coupes.

Observation n° 21 -

Au sein d'un utérus myomateux, on note la présence de plages faites d'éléments glandulaires, entourés d'un tissu conjonctif relativement dense évoquant l'aspect d'un stroma endométrial.

Par endroit, on trouve des vaisseaux dilatés et des zones hémorragiques.
Il s'agit d'une endométriose interstitielle.

Observation n° 22 -

Au sein d'un utérus présentant un myome, on distingue une plage importante faite de petites zones, constituées par des cavités glandulaires, bordées par un épithélium prismatique simple, entouré par un stroma évoquant un chorion cytogène.
Cette structure ,voque une endométriose interstitielle.

Observation n° 23 -

L'utérus est le siège d'une prolifération myomateuse très importante. Par endroits, on rencontre des plages de structures différentes, faites d'éléments glandulaires, entourés par un tissu évoquant un chorion cytogène.
Il s'agit d'une endométriose interstitielle.
D'autres lames montrent un ovaire kystique (kyste folliculaire).

Observation n° 24 -

Au sein du myomètre, présentant par endroits des plages scléreuses, on rencontre des zones rappelant l'aspect du tissu cytogène, dans lequel on trouve des cavités glanduliformes, bordées par un épithélium prismatique simple. Ces éléments évoquent un aspect de muqueuse endométriale.
Il s'agit d'une endométriose interstitielle associée à un hématosalpinx et à une hyperplasie utérine.

Observation n° 25 -

L'utérus est le siège d'une myomatose importante, au sein de laquelle on trouve des plages faites de tubes glandulaires arrondis, dont certains sont dilatés. Ces éléments sont bordés par un épithélium prismatique, un peu aplati par endroits. Les tubes glandulaires sont entourés par un tissu rappelant le chorion cytogène. Ces plages d'endométriose évoquent une muqueuse au stade folliculinique, aspect que l'on retrouve sur cette préparation au niveau de l'endomètre.
D'autres préparations révèlent un kyste folliculaire de l'ovaire.

Observation n° 26 -

Au sein d'un tissu myomateux présentant parfois des plages de sclérose, on trouve des plages de chorion cytogène entourant des cavités glandulaires, bordées par un épithé - lium prismatique simple. Par endroits, ces plages endométriales présentent des tubes glandulaires, dont l'aspect rappelle celui de la muqueuse en phase lutéale.
Il s'agit donc d'une endométriose interstitielle, associée à un fibromyome et à un kyste de l'ovaire.

Observation n° 27 -

L'ovaire examiné a un aspect extrèmement dense ; Cependant, on peut y voir des zones faites de cavités glanduliformes, baignant dans un tissu d'aspect stromal. Ces plages présentent tout l'aspect de lésions d'endométriose.
Il s'agit d'une endométriose ovarienne.

Observation n° 28 -

Au niveau du corps de l'utérus, l'endomètre est atrophique, mais il envoie des prolongements assez profonds dans le muscle, réalisant, par places, une endométriose interstitielle qui, très souvent, est formée de chorion cytogène sans glande. Les artères utérines sont hyalinisées ou entourées d'un manchon scléreux.
Il s'agit d'une endométriose interstitielle à forte participation cytogène.

Observation n° 29 -

Au sein d'un utérus présentant un aspect de myome très fibreux, on observe une plage constituée par une prolifération cellulaire du niveau de laquelle on retrouve un aspect glandulaire. Cet aspect évoque une endométriose interstitielle, associée à un fibromyome.

D I S C U S S I O N S

Nous avons vu dans un chapitre antérieur que la notion d'endométriose s'était précisée au cours des années, avec la publication toujours plus abondante des travaux des chercheurs.

Depuis 1925, à la suite des travaux de SAMPSON, on donne à l'endométriose la définition suivante :

a - L'endométriose est caractérisée par le développement en situation hétérotopique de tissu endométrial. Elle comporte tous les constituants de la muqueuse du corps utérin : des tubes glandulaires bordés par un épithélium prismatique simple, entouré d'un chorion cytogène.

b - Nous allons maintenant examiner rapidement les éléments qui constituent la lésion endométriale.

1 - Les tubes glandulaires :

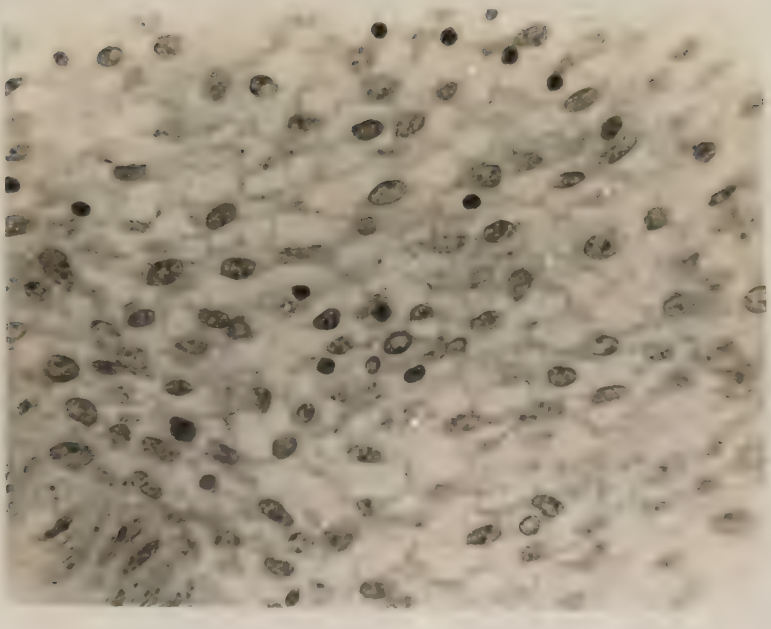
Ils peuvent être formés par un épithélium pouvant revêtir tous les aspects de l'épithélium de l'endomètre, c'est à dire formé de cellules prismatiques hautes, ciliées ou non, sécrétoires, dont le cytoplasme est clair et le noyau volumineux de forme ovoide. Cet aspect correspond à celui d'un endomètre en phase folliculinique.

On peut y observer une transformation luteinique.

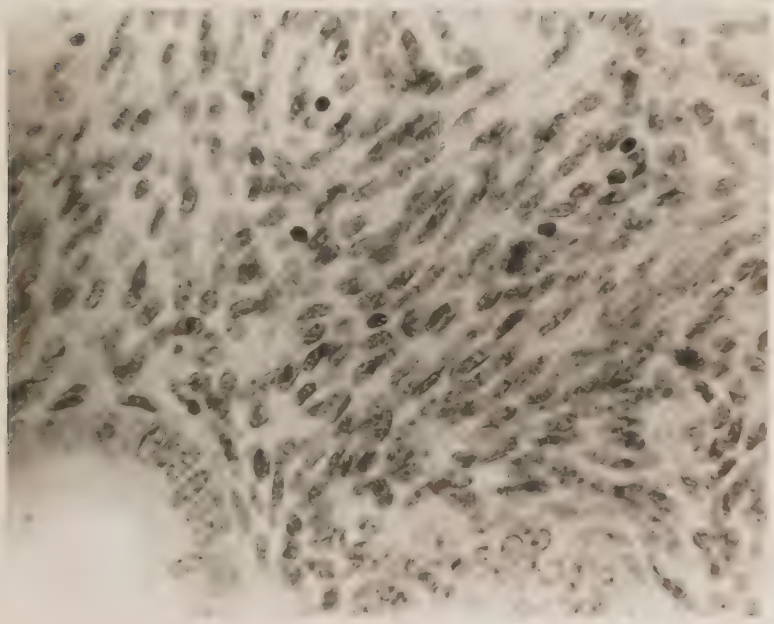
Cet épithélium se plisse à l'intérieur de la lumière du tube donnant au conjonctif sur coupe, l'aspect dit "épine conjonctive".

A côté de cette structure, qui rappelle fidèlement celle de la muqueuse utérine typique, on peut rencontrer des tubes glandulaires, revêtus d'un épithélium cubique bas, irrégulier, dont les noyaux cellulaires sont aplatis et dont le cytoplasme ne renferme jamais d'enclaves sécrétoires. D'ailleurs, il peut y avoir coexistence des deux types d'épithélium dans un même tube.

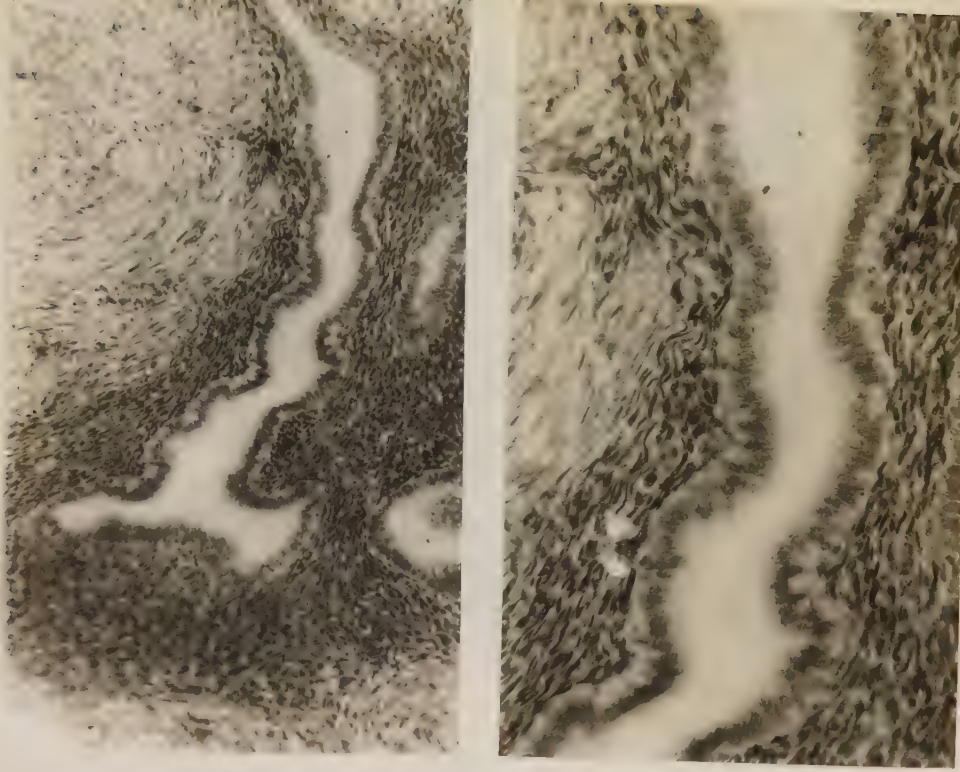
Cliché n° 1 - Endomètre normal. Vue d'ensemble. On remarque la base de certaines glandes descendant assez profondément dans le myomètre.



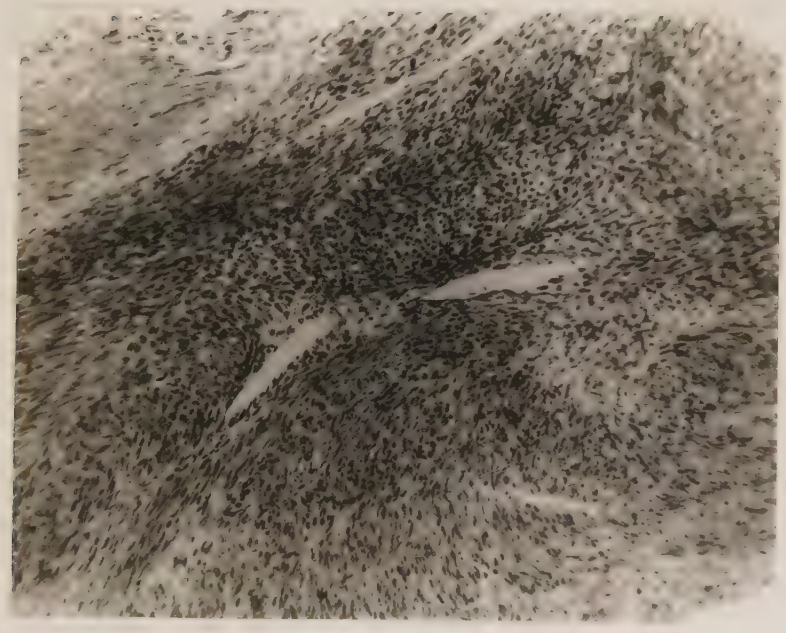
Cliché n° 2 - Dans la partie superficielle d'un endomètre normal au stade folliculino-lutéinique : chorion cytogène et glande.



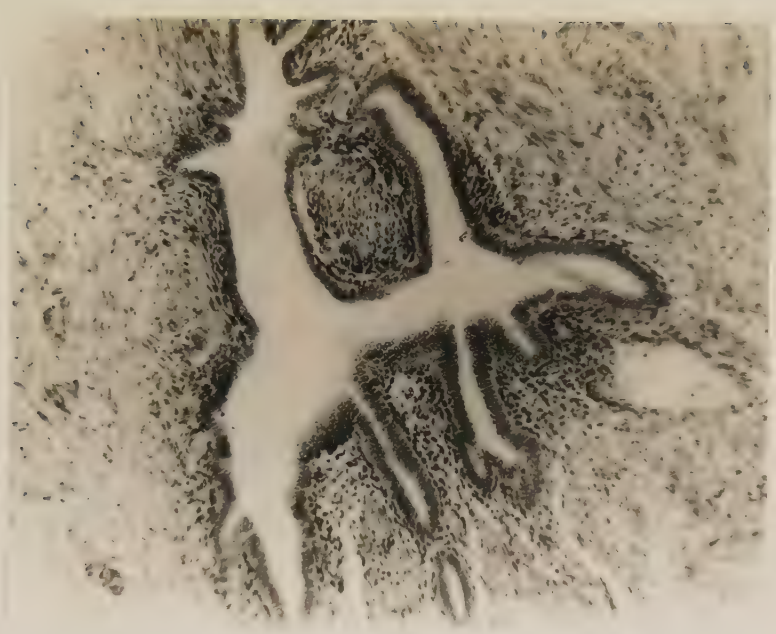
Cliché n° 3 - Dans la partie profonde d'un endomètre normal au stade folliculino-lutéinique. Chorion cytogène et glande.



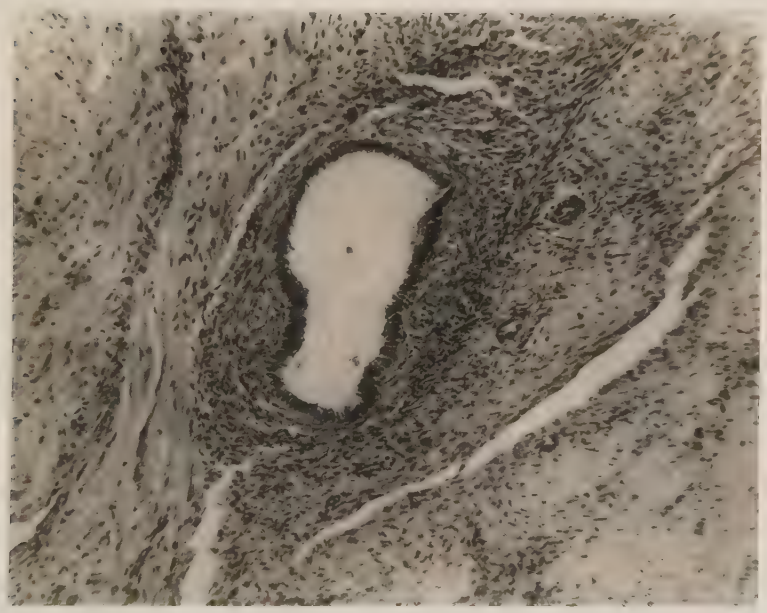
Cliché n° 4 - Endométriose interstitielle.



Cliché n° 5 - Endométriose interstitielle, avec chorion cytogène très abondant et des glandes très rares invisibles sur cette microphotographie.



Cliché n° 6 - Endométriose au niveau de la trompe.



Cliché n° 7 - Endométriose ovarienne.

Les tubes glandulaires sont généralement groupés, sectionnés sous des incidences diverses et de formes variées. Ils peuvent revêtir un aspect kystique correspondant à un aplatissement progressif de leur épithélium de revêtement. On rencontre dans les kystes, un liquide séro-hémorragique et du pigment ferrugineux, essentiellement dans le tissu cytogène.

2 - Le chorion cytogène :

Il est généralement formé par des cellules trapues, dont le noyau ovalaire est riche en chromatine. Ces cellules semblent reliées entre elles par des prolongements cytoplasmiques. Dans d'autres cas, les éléments cellulaires seraient fusiformes, plus petits, à noyau ovalaire, mais plus condensé.

Ce chorion peut être abondant par endroits ou manquer en d'autres, si bien que l'épithélium peut entrer en contact avec le tissu avoisinnant, qu'il peut refouler.

D'autre part, il semble exister un rapport entre la morphologie de l'épithélium et celui du chorion cytogène, c'est-à-dire que lorsque le chorion est abondant, l'épithélium devient prismatique, alors que dans le cas où le chorion est discret, l'épithélium prend un aspect cubique.

On note encore que si l'épithélium présente un aspect de phase lutéinique, le chorion qui l'entoure est oedèmateux et la vascularisation s'accroit.

c - Il faut ajouter à cette définition morphologique, quelques notions physiopathologiques.

1 - Les éléments endométriaux subissent une transformation cyclique, en rapport avec le rythme menstruel. On a pu y décrire trois phases : folliculinique, lutéale, aboutissant à une desquamation cellulaire secondaire à une période de nécrose.

Cependant, il faut noter que la régularité des cycles est parfois mise en défaut dans les foyers distants de l'utérus ; SEITZ, puis FRANKL ont trouvé dans certains cas, des glandes en sécrétion dans la muqueuse utérine, alors que les glandes hétérotopiques restaient au stade folliculinique.

2 - En cas de grossesse, les remaniements imposés à l'endomètre utérin (cellules déciduales notamment) semblent se retrouver au niveau des foyers endométriaux.

Remarques : Dans quelques cas, on a pu trouver des fibres musculaires lisses et cela surtout dans les organes qui possèdent une paroi musculaire lisse, ce qui suggère quelques réflexions sur la nature de leurs constituants.

Dans certains cas, il a été noté la présence d'une prolifération fibreuse autour des plages d'endométriose, confirmant ainsi l'aspect de tumeur bénigne, décrit par certains auteurs.

ENDOMETRIOSE CYTOGENE et ENDOMETRIOSE GLANDULAIRE

Si, selon la définition que nous venons de rappeler ci-dessus, l'endométriose est constituée de glandes et de chorion cytogène, dans un rapport voisin de celui de la muqueuse en place dans la cavité utérine, certains faits devraient, en principe, sortir du cadre de l'affection : l'endométriose cytogène (stromal endometriosis, des auteurs anglo-saxons) d'une part et l'endométriose purement glandulaire, d'autre part.

1. Endométriose cytogène :

On n'en connait que quelques rares observations, décrites à la suite du mémoire de GOODALL (1940), qui présentait au niveau d'un utérus, dissociant les faisceaux musculaires lisses, une infiltration cellulaire rappelant le chorion cytogène et paraissant être, par place, le point de départ d'éléments glanduliformes néoformés.

Par ailleurs, en dépit d'une évolution paraissant bénigne de cette affection, les images présentées évoquaient fort, une lésion maligne d'aspect sarcomatoides.

D'autres auteurs (HUNTER, NOHLGREN, LANCEFIELD, PARK) ont présenté des observations à peu près analogues et il en est de même pour NICOD, en 1960.

Parmi celles-ci, les unes montrent comme dans l'observation de GOODALL, une prolifération d'aspect sarcomatoide alors que d'autres présentaient une prolifération rappelant nettement le chorion cytogène normal.

Nous n'avons pas eu personnellement de cas semblables à l'endométriose cytogène, mais chez une de nos malades, atteinte d'une endométriose interstitielle classique, typique, les glandes étaient extrèmement rares, alors que le chorion cytogène envahissait largement une grande partie du myomètre, sans pour autant présenter la moindre anomalie cytologique.

Il serait possible que les faits groupés sous le nom d'endométriose cytogène correspondent en réalité à deux affections différentes :

La première serait une endométriose banale dans laquelle le chorion cytogène prendrait un développement extraordinaire par rapport aux glandes et ces dernières ne pourraient être découvertes qu'au prix de prélèvements multiples et de coupes sériées.

La deuxième correspondrait à une lésion tout à fait différente d'aspect histologique et cytologique suspect,voire malin, sans glande, quelque soit le nombre de coupes pratiquées, paraissant différente de l'endométriose normale pour laquelle ne se pose jamais, au microscope, le diagnostic de malignité.

Il est possible que de nouvelles observations de cette forme particulière (endométriose cytogène) apportent des précisions quant à la nature, l'origine et l'évolution de cette affection.

2. Endométriose glandulaire :

Parmi ces formes qui paraissent purement tubaires, certaines cependant, après une recherche longue et minutieuse dans de nombreuses coupes, montrent cependant quelques traces de chorion cytogène autour de quelques unes de leurs glandes; ces formes peuvent donc être considérées comme de type normal avec simplement une modification du rapport habituel glandes chorion cytogène.

D'autres, quelles que soient les recherches que l'on puisse réaliser ne montrent jamais que des tubes glangulaires sans la moindre trace de chorion cytogène ; il semble bien que l'on soit ici en présence de lésions, qui sortent du cadre strict del'endométriose, correspondant ou non à des éléments de la muqueuse utérine, mais au contraire à un développement plus ou moins important de reliquats embryonnaires divers et on comprend que ces aspects aient contribué au

développement des théories dysembryoplasiques, dont nous avons parlé à plusieurs reprises au cours de ce travail.

Il n'est pas dans notre propos d'entreprendre ici une étude de ces formes incomplètes de l'endométriose, qui pré - sentent une nouvelle série de problèmes très particuliers ; nous nous contenterons donc d'examiner l'endométriose typique complète, à l'exclusion de toute autre forme.

LOCALISATION INTERSTITIELLE

Il ressort de notre étude que certaines formes d'endométriose sont plus fréquentes que d'autres, mais tout d'abord, nous devons constater que la fréquence des localisations trouvées dans notre étude, correspond à celle trouvée dans la littérature.

Nous envisagerons tout d'abord le cas des localisations interstitielles, qui sont les plus fréquentes.

Avant d'entreprendre cette étude, il nous semble indispensable de rappeler la structure de l'utérus.

1 - Généralités :

L'utérus est un muscle creux très puissant, tapissé intérieurement par une muqueuse, que l'on appelle l'endomètre le muscle lui-même portant le nom de myomètre, Nous examinerons successivement l'endomètre, puis le myomètre et nous envisagerons les rapports qui existent entre les deux.

2 - L'endomètre :

C'est la muqueuse endo-utérine ou muqueuse du corps

Comporte à étudier :

a - Un épithélium fait de cellules prismatiques, dont quelques éléments possèdent des cils vibratils.

b - Des glandes utérines, constituées par des tubes glandulaires, qui représentent des invaginations de l'épithélium de surface. Ces tubes glandulaires sont revêtus par un épithélium prismatique simple, comportant des grosses cellules à noyau ovalaire, à cytoplasme pâle, portant des cils au pôle apical ; on y trouve aussi des cellules plus étroites à noyau allongé et cytoplasme foncé, ces éléments n'étant pas ciliés.

Tous ces éléments cellulaires subissent des modifications en fonction de la période menstruelle.

Nous ne reviendrons pas ici sur ces modifications cycliques, mais nous nous bornerons à signaler que la sécrétion glycogénique faible au 9ème jour du cycle, augmente progressivement pour devenir très abondante vers la période prémenstruelle.

c - Le chorion cytogène :

Entourant les tubes glandulaires, nous trouvons un tissu conjonctif spécial, qui est composé de cellules se présentant sous deux aspects typiques :

Dans la partie superficielle, les grosses cellules réticulaires, à volumineux noyau clair, avec protoplasme étoilé. Elles ont disposées autour des vaisseaux et au pourtour des glandes. Elles peuvent se transformer en cellules prédéciduales ou déciduales vraies.

Dans la partie profonde, les petites cellules réticulaires ont un aspect ovoïde. Elles ont un noyau petit, dense, riche en chromatine.

A côté de ces éléments, on peut trouver diverses autres cellules conjonctives et leucocytaires libres.

Ces éléments semblent inclus dans les mailles d'une véritable charpente de réticuline, d'autant plus dense que l'on est plus proche du myomètre. La rareté des fibres conjonctives, surtout vers la surface, est à noter.

d - La vascularisation :

La vascularisation est faite par des artérioles issues de la partie profonde de la muqueuse, qui deviendront les artérioles spiralées et qui se résoudront vers la surface de la muqueuse, dans la couche superficielle, en un réseau de capillaires, qui se jetteront dans des sinus veineux. Dans la zone moyenne, les capillaires deviennent plus grêles et très richement anastomosés. Dans la zone profonde, ces capillaires retrouveront des sinus veineux, à paroi très mince, qui eux-mêmes se jetteront dans les vaisseaux du myomètre.

La circulation lymphatique observe la même disposition que la circulation veineuse et comporte des éléments dilatés, à paroi mince.

3 - Le myomètre :

Forméessentiellement par des faisceaux de fibres musculaires lisses. Celles-ci, séparées par du tissu conjonctif, contenant des vaisseaux sanguins, des fibres collagènes des fibres de réticuline et des fibres élastiques.

On distingue une couche longitudinale interne ou sous muqueuse, une couche circulaire moyenne épaisse ou couche vasculaire et une couche longitudinale externe ou supra vasculaire.

La vascularisation du myomètre est assurée par des artères issues de l'artère utérine, ces vaisseaux se divisent en un très riche réseau d'artérioles, qui se résoudront en un système capillaire, dont les éléments auront une paroi très fine, reposant directement entre les faisceaux musculaires de l'utérus. Les capillaires formeront les veines utérines.

Les voies lymphatiques du corps de l'utérus se termineront dans les ganglions lombaires, les lymphatiques du col iront aux ganglions iliaques externes et hypogastriques.

4 - Rapports entre endomètre et myomètre :

Nous avons vu précédemment qu'au niveau de la partie inférieure de l'endomètre, on décrivait une zone profonde, un peu particulière. Les tubes glandulaires y sont droits, entourés de tissu cytogène dense.

Cette couche profonde de la muqueuse est vascularisée d'une manière permanente par les artères basales, qui sont issues directement des artères radiées de l'utérus. Les éléments constitutifs de cette zone, encore appelée zone résiduelle, ne se modifient pratiquement pas durant le déroulement du cycle. Ce sont eux qui régénèreront la muqueuse, périodiquement desquamée.

Cette couche profonde de la muqueuse envoie des expensions, de temps en temps, entre les faisceaux musculaires de la couche sous muqueuse du myomètre.

Ces éléments sont entourés par un chorion cytogène dense, qui accompagne les expansions glandulaires.

La pénétration du myomètre par les éléments endométriaux se fait plus ou moins profondément et cela, dans les conditions physiologiques, comme cela semble démontré par l'examen de préparations d'utérus normal.

Il est à noter que les vaisseaux de l'endomètre contractent des liens étroits avec ceux du myomètre, avec les - quels ils s'anastomosent.

ENDOMETRIOSE INTERSTITIELLE

Dans nos préparations d'endométriose interstitielle, comme dans celles de la littérature, cette localisation endométriale se présente de la manière suivante :

Au sein du myomètre, on trouve une zone de quelques millimètres, constituée par une série de tubes glandulaires bordés, le plus souvent, par un épithélium prismatique simple, entourés par un chorion cytogène comportant des cellules de type réticulaire, ou des cellules fusiformes. Les tubes glandulaires sont coupés sous différentes incidences.

Ces plages sont de forme irrégulière et ne sont presque jamais entourées par une zone fibreuse. Leur distribution est liée au hasard, réalisant un type d'endométriose diffuse par opposition aux endométriomes, qui sont des tumeurs bénignes de nature endométriale, mais présentant une sorte de capsule conjonctive. On peut noter que les éléments glandulaires sont le plus souvent en phase folliculinique, avec quelques mitoses dans les tubes. Lorsqu'on est en présence de lésions anciennes, on trouve des remaniements sous la forme de zones de suffusion hémorragiques, de plages de macrophages ayant phagodytés du pigment ferrugineux, sous la forme d'hémosidérine. On ne note pratiquement jamais de réaction inflammatoire autour de ces lésions.

Par contre, un fait mérite d'être souligné, c'est la vasodilatation extrêmement importante, qui accompagne les lésions endométriales.

Nous allons maintenant tenter de voir le mécanisme, qui pourrait expliquer la présence de ces lésions au sein du muscle utérin.

MECANISME DE PRODUCTION DE L'ENDOMETRIOSE INTERSTITIELLE

Deux mécanismes peuvent être invoqués. Tout d'abord, nous avons constaté que la couche profonde de l'endomètre envoyait des expansions au sein de la couche sous muqueuse du myomètre. On peut penser que ces inclusions physiologiques pourraient avoir un rôle dans l'élaboration des lésions. En effet, aussi bien lors du cycle menstruel que pendant la période du post partum, il existe un certain nombre de modifications, qui se produisent au niveau du myomètre.

Pendant le cycle menstruel, nous savons qu'il peut se produire des contractions spasmodiques des fibres utérines sans ordre établi, mais qui seraient susceptibles de favoriser la pénétration du tissu endométrial entre les faisceaux animés de contractions. Cette migration entrainerait les plages endométriales, de plus en plus profondément, au sein du myomètre.

Les éléments ainsi migrés, pourraient sous l'influence des hormones ovariennes, prendre une certaine extension et provoquer des manifestations pathologiques.

On peut aussi penser que ces fragments de muqueuse pourraient pénétrer dans les vaisseaux du myomètre, dont les parois sont encore très fines et par cette voie, envahir le muscle utérin, toujours plus profondément, et même migrer, dans un second temps, vers d'autres points de l'organisme, créant ainsi des lésions endométriales à distance de la sphère génitale.

Durant la période du post partum, alors que l'utérus vient d'avoir à réaliser des contractions d'une puissance extrême pour expulser le foetus, il existe un phénomène d'inertie relative du muscle utérin, correspondant au temps mis par le placenta pour se décoller totalement. Cette période laisse les faisceaux musculaires du myomètre plus ou moins dissociés. Les expansions de la muqueuse dans le myomètre pourraient alors être emportées rapidement entre les faisceaux et migrer encore pendant la période de retour des fibres musculaires à leur état d'élasticité et de tonicité normale, qui se fait par une contraction relativement puissante de l'ensemble de la musculature utérine.

Il faut aussi tenir compte du fait que les fibres musculaires néoformées aux dépens du conjonctif durant l'accroissement de taille de l'utérus, doivent retourner à l'état de tissu conjonctif, ce qui se réalise en trois semaines environ.

L'action des hormones ovariennes permettrait à ces plages, constituées par un tissu sain, de se développer et de présenter toutes les modifications subies par l'endomètre situé dans sa position physiologique.

Ces éléments implantés au sein du myomètre, pourraient dans un second temps, migrer par les vaisseaux sanguins ou lymphatiques dont les parois, dans le myomètre, sont réduites à un endothélium, entouré par une très fine lame de tissu conjonctif et aller se greffer dans les organes voisins, ou plus à distance, expliquent ainsi les localisations extra-génitales.

La seconde hypothèse qui pourrait être avancée, serait la suivante. Nous savons qu'au niveau de l'endomètre, les vaisseaux de la couche profonde se présentent sous la forme de capillaires très dilatés et de sinus veineux en continuité avec ceux du myomètre.

Connaissant ces éléments vasculaires, il n'est pas difficile d'imaginer que lors de remaniements menstruels et du post partum, des fragments d'endomètre pourraient pénétrer les vaisseaux béants et migrer dans l'utérus et hors de l'utérus.

La pénétration des fragments d'endomètre dans les vaisseaux serait facilitée par les phénomènes mécaniques de traction que subissent les fibres musculaires et les vaisseaux qui leur sont adjacents.

Que ce soit par la béance vasculaire au moment de la menstruation ou au moment de la délivrance, ou par une autre raison mécanique, la pénétration des vaisseaux par les éléments endométriaux, entrainerait leur migration jusqu'à ce qu'un Obstacle ou une réduction de calibre vienne interrompre leur course.

Cependant, le développement de lésions endométriales à partir des éléments ayant migrés, implique qu'une greffe des fragments emboliques soit possible.

Nous avons vu que le développement d'une greffe endométriale ne pouvait s'effectuer que dans certaines conditions

hormonales, ainsi que semblent l'indiquer les données expérimentales. Sur le plan pratique, nous devons bien constater que l'endométriose ne survient pratiquement qu'en association avec un syndrome hormonal, à type d'hyperfolliculinisme, avec un fibromyome utérin ou encore, avec un kyste folliculaire de l'ovaire.

Nous avons pu vérifier ces phénomènes dans notre étude en remarquant que nombreuses parmi nos patientes, sont celles qui présentaient des cycles menstruels irréguliers ou un fibromyome ou un kyste de l'ovaire.

En résumé, il semble donc que les endométrioses interstitielles soient le résultat d'une pénétration physiologique d'éléments de la couche profonde de l'endomètre dans la couche musculaire interne du myomètre, sa diffusion étant assurée par des phénomènes mécaniques et vasculaires, aboutissant à une greffe qui pourrait se développer grâce aux conditions hormonales créées par les troubles de la fonction ovarienne.

ENDOMETRIOSE OVARIENNE

C'est la seconde parmi les formes les plus fréquentes de l'endométriose.

Avant d'étudier cette localisation, nous ferons un bref rappel de l'anatomie microscopique de l'ovaire.

a - l'ovaire :

C'est un organe revêtu par un épithélium, qui porte le nom de germinatif, bien qu'il n'ait plus qu'un rôle de revêtement pour l'ovaire adulte. Sous l'épithélium, on trouve une zone corticale très dense dans sa partie supérficielle, dans laquelle on trouve des follicules à divers stades de maturité. De la puberté à la ménopause, on trouve des éléments de la lignée germinale, depuis le follicule primordial, jusqu'au follicule de de GRAAF. A côté de ceux-ci, on rencontre aussi des corps jaunes et leurs cicatrices : les corpora albicantia.

La zone médullaire de l'ovaire est constituée par un tissu fibro-élastique richement vascularisé, surtout au niveau du hile, où l'on peut aussi trouver des fibres musculaires lisses.

b - Aspect des lésions :

Sur les préparations examinées, on note fréquemment des zones de sclérose, une vaso-dilatation intense, parfois une réaction macrophagique et des amas de pigments ferrugineux. La lésion elle-même est constituée par des plages de tissu contenant des cavités glandulaires, entourées par un tissu évoquant l'aspect du chorion cytogène. Ces plages sont plus ou moins diffuses dans l'ovaire.

c - Mécanisme de formation des lésions de l'endométriose ovarienne.

Un premier facteur pourrait entrer en jeu, celui de la migration transtubaire d'éléments de l'endomètre adulte, à partir de la cavité utérine, soit pendant la menstruation, lorsque la muqueuse desquame, soit en dehors des périodes menstruelles, comme l'indiquait JAVERT.

Pour divers éléments, la possibilité de déplacement vers l'ovaire est connue. En acceptant la possibilité de cette voie de migration, il faudrait admettre que les fragments ayant migrés, puissent pénétrer l'ovaire. L'aspect histologique des ovaires atteints d'endométriose, semble plaider contre cette hypothèse, car dans presque tous les cas, on note la présence d'une sclérose près de la surface de l'organe, les localisations de plus et surtout, se situent dans la partie médullaire de l'ovaire.

Le second facteur, qui semblerait le plus plausible, serait celui d'une métastase sanguine ou lymphatique, à partir de l'utérus. Nous avons vu précédemment que la vascularisation des organes du petit bassin, présentait une très grande richesse d'anastomoses, entre les systèmes vasculaires des différents organes.

Il serait aisé, dans ces conditions, aux fragments d'endomètre, de pénétrer dans les vaisseaux comme nous l'avons envisagé dans le cas de l'endométriose interstitielle. Ces éléments migreraient par voie sanguine, franchissant les veines utérines, puis les veines utéro-ovariennes, pour venir se fixer au niveau de l'ovaire, en pénétrant par le hile de cet organe.

La migration pourrait aussi se faire par voie lymphatique, selon GRICOUROFF ; en effet, les vaisseaux lymphatiques de l'utérus contractent eux-aussi, de très nombreuses anastomoses avec les lymphatiques tubaires et ovariens.

Il est donc facile d'admettre que les conditions anatomiques d'une migration métastatique sanguine ou lymphatique sont réalisées ; les données statistiques semblent plaider en faveur d'une telle hypothèse, car les localisations ovariennes sont plus souvent observées au niveau de la médullaire que de la corticale de l'ovaire.

Ce mécanisme permet donc d'expliquer les localisations endométriales au niveau de l'ovaire, plus simplement que le reflux transtubaire.

ENDOMETRIOSE TUBAIRE

Ces localisations arrivent au troisième rang des localisations génitales de l'endométriose.

a - Rappel de la structure de la trompe de Fallope.

Ce tube présente anatomiquement 4 segments possèdant tous les mêmes éléments histologiques, mais disposés un peu différemment selon les régions. Il présente une muqueuse plissée avec des franges, nombreuses dans le tiers externe, alors qu'au niveau de l'isthme, on ne trouve que 3 ou 4 crêtes. On ne note aucune formation glandulaire à son niveau. La musculeuse disposée en deux couches, va en s'épaississant au fur et à mesure que l'on se rapproche de l'utérus.

Le revêtement de la muqueuse est prismatique simple, avec des cellules ciliées et des cellules sécrétoires. Le chorion se caractérise par sa richesse vasculaire.

b - Aspect des lésions

Au niveau de la trompe, les lésions endométriales se présentent sous la forme de plages faites de tubes glandulaires entourés par un stroma cytogène plus ou moins abondant. Ces lésions siègent dans le chorion et seraient plus abondantes au niveau de l'isthme et du tiers interne de l'ampoule, qu'au niveau de la partie externe où leur présence serait tout à fait exceptionnelle.

c - Mécanisme de production des endométrioses tubaires.

Plusieurs possibilités doivent être envisagées.

Tout d'abord, il pourrait s'agir d'une localisation tubaire produite par une prolifération très abondante de muqueuse utérine, forçant l'ostium tubaire ou s'infiltrant entre les faisceaux du myomètre, puis au niveau de la partie interne de la trompe, qui possède des rapports étroits, avec le myomètre dans cette région.

Ces éléments se développeraient et, selon JAVERT, pourraient ensuite migrer dans la paroi tubaire, en direction de la séreuse, où ils produiraient des lésions qui, par rupture, seraient susceptibles de provoquer un nouvel essaimage endométrial en direction des organes voisins.

Cette hypothèse séduisante, pourrait être vraie, mais la très faible fréquence des lésions sous-séreuses semble plaider contre elle.

L'autre possibilité de production de ces lésions semble être la suivante :

La richesse des anastomoses utéro-tubo-ovariennes, tant sanguines que lymphatiques et le fait que les éléments veineux de la partie intra-murale de la trompe et du myomètre voisin soient drainés par les veines tubaires, permettent de penser qu'une métastase de petits embols endométriaux pourraient se faire, aussi bien pendant la période menstruelle, qu'en période de post-partum.

D'autre part, le fait que les lésions endométriales soient pratiquement toujours localisées au chorion, là où les vaisseaux sont les plus dilatés, semble plaider en faveur de cette hypothèse.

Une dernière possibilité serait celle d'un reflux transtubaire des éléments endométriaux, mais cela semble difficilement acceptable pour les raisons citées auparavant.

En résumé, les endométrioses tubaires s'expliqueraient facilement par la théorie métastatique.

AUTRES LOCALISATIONS DE L'ENDOMETRIOSE

1 - Recto-vaginale :

La cloison recto-vaginale fait partie des localisations pelviennes de l'endométriose, sa fréquence n'est pas

très grande, mais ses problèmes diagnostiques, thérapeutiques et pathogéniques en font une localisation intéressante.

a - Les lésions prennent l'aspect d'un nodule inclus ou de coulées dans le conjonctif de la cloison recto-vaginale, qui est relativement lâche. Au sein des nodules, on rencontre des plages de tissu glandulaire, bordé par un épithélium prismatique simple, un peu aplati. Autour de ces glandes, on voit un stroma manifestement cytogène ; nous y avons noté comme bien d'autres, des amas de pigment ferrugineux.

b - Mécanisme de production des endométrioses recto-vaginales.

La seule hypothèse qui puisse être invoquée pour expliquer la lésion est celle d'une métastase.

En effet, les anastomoses entre les vaisseaux lymphatiques utéro-vaginaux et rectaux, pourraient,à elles seules, expliquer la migration des éléments, mais de plus, les voies sanguines utéro-vaginales postérieures et rectales, contractent des anastomoses très riches, sous la forme de plexus relativement denses. (voir figures antérieures)

Il est donc aisé de penser que les fragments d'endomètre pourraient, suivant les voies sanguines ou lymphatiques, venir se bloquer dans un vaisseau, dont le calibre serait moindre. Les éléments se développeraient et ainsi, serait créée une lésion endométriale, avec ses coulées faciles, du fait de la lâcheté du tissu recto-vaginal.

Ces éléments pourraient aussi, plus tard, donner naissance à de nouvelles lésions par une migration secondaire.

2 - Inguinales :

Ces localisations endométriales sont rares, mais non négligeables.

a - Ces lésions siègent, soit dans le tissu cellulo-adipeux de la région inguinale, soit au voisinage immédiat des vaisseaux, réalisant de petits nodules, soit encore dans un ganglion lymphatique lui-même. Ces formations comportent, comme toujours, un tissu glandulaire, entouré par un chorion cytogène.

b - Mécanisme de production de l'endométriose inguinale.

Il semble bien que la métastase soit la seule hypothèse à retenir. Nous savons en effet que les éléments lymphatiques du membre inférieur et de la région inguinale, sont drainés par des voies qui sont richement anastomosées avec celles des organes pelviens.

L'aspect histo-pathologique des lésions observées auprès des vaisseaux ou des ganglions lymphatiques, nous permet de penser que seule l'hypothèse métastatique puisse nous donner entière satisfaction.

Les éléments endométriaux partis de l'utérus par voie lymphatique viendraient se bloquer dans un vaisseau de calibre moindre ou au niveau d'un ganglion. Les observations de GRICOUROFF, qui aurait vu des plages de tissu endométrial au sein des ganglions pelviens de la femme, sembleraient confirmer ces hypothèses.

De la même manière, la voie veineuse pourrait être invoquée, étant donné la richesse des anastomoses entre les vaisseaux des différents organes pelviens et le membre inférieur.

A ce propos, nous noterons que seule la théorie métastatique peut expliquer les localisations extra-génitales plus ou moins éloignées.

3 - Sur cicatrices de la paroi abdominale.

Les localisations de l'endométriose sur cicatrices sont loin d'être négligeables. (0,2 à 0,5 % de l'ensemble des localisations de la maladie).

Nous devons distinguer d'une part les cicatrices faites pour une intervention ayant lieu sur les organes voisins de l'utérus et d'autre part, les cicatrices d'intervention ayant nécessité une hystérotomie.

a - Aspect des lésions :

Il s'agit de kystes formés sur la cicatrice qui, parfois sont séparés du tissu voisin par un peu de conjonctif, mais le plus souvent, on trouve les éléments endométriaux s'infiltrant entre les faisceaux musculaires de la paroi ou au pourtour des vaisseaux.

Les lésions comportent toujours l'association de tubes glandulaires et de stroma cytogène. Parfois, on note la présence de granules d'hémosidérine correspondant à des hémorragies antérieures.

Ces formations s'observent facilement du fait de leur situation superficielle. Leurs dimensions peuvent varier cycliquement, ce qui révèle ainsi leur dépendance vis-à-vis de la fonction ovarienne.

b - Mécanisme :

Cas des cicatrices sans hystérotomie :

Le point de départ des lésions pourrait être ces petites inclusions de fragments d'endomètre que l'on peut observer physiologiquement ou des plages d'endométriose interstitielle, n'ayant pas donné lieu à des constatations cliniques.

Ces éléments pourraient, pénétrant dans les vaisseaux grâce aux phénomènes mécaniques, migrer jusqu'au niveau de l'obstacle créé par l'acte chirurgical sur la voie vasculaire.

Ils pourraient s'implanter et former de nouvelles lésions endométriales sur les cicatrices de la paroi abdominale basse et de la région para-ombilicale.

Dans nos observations, nous avons trouvé une localisation relativement tardive d'endométriose sur une cicatrice de Pfannenstiel, faite pour césarienne. La voie vasculaire pourrait expliquer ce fait, mais nous ne nions pas les arguments manifestes apportés par WILLARD et ses collaborateurs en faveur de la greffe chirurgicale.

Cas des cicatrices avec hystérotomie :

Là, l'hypothèse de la greffe est à envisager comme l'indiquent les expériences de MARKEE, sur la guenon , avec utérus éversé dans la cavité abdominale ; de SCHMID, avec implantation de fragments d'endomètre dans la cavité vaginale ; de SCWARTZ, FAYOT, GUIBERT, HARBITZ, avec greffes de fragments d'endomètre dans des cicatrices de laparotomie chez la femme. Ces expériences prouvent la possibilité d'une greffe de muqueuse utérine (voir chapitre II : Théorie de la greffe).

Selon cette hypothèse, les éléments endométriaux seraient amenés au niveau de la paroi abdominale par les gestes

chirurgicaux, en dépit des précautions prises par les chirurgiens (Changement de gants et de matériel entre les différents temps de l'intervention) .

Ce mécanisme semble être le plus plausible pour WILLARD et ses collaborateurs, qui dans une publication à propos de 82 cas d'endométriose cutanée de la région para-ombilicale, ont montré des faits bien significatifs.

En effet, pour ces auteurs, sur 82 cas, 26 s'étaient développés spontanément, alors que 56 seraient localisés sur des cicatrices de césariennes, soit 68,2 %. Cette fréquence semble bien en faveur de la réalité d'une greffe. Pour WILLARD, en effet, ces localisations seraient par trop précises sur les cicatrices pour être explicables par migration vasculaire.

Ainsi, deux phénomènes sont possibles : la migration vasculaire, sanguine et lymphatique, permettant de comprendre les localisations sur cicatrices, même en dehors de toute ouverture de la cavité utérine ; par contre, les localisations sur cicatrices de césarienne permettent d'envisager aussi la possibilité d'une greffe chirurgicale.

-=oOo=-

ELEMENTS SCHEMATIQUES

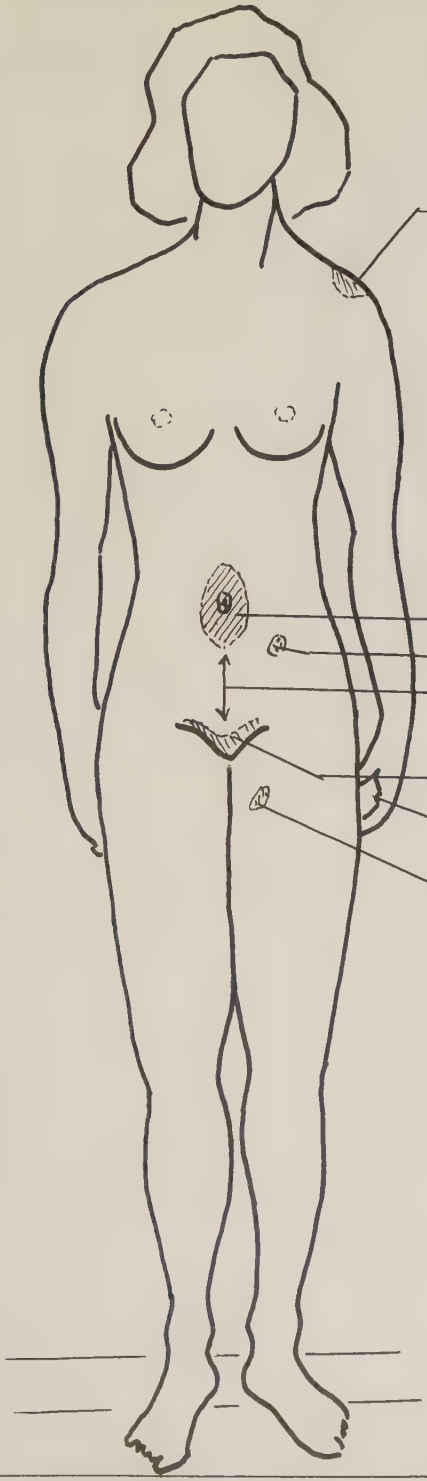
-=000=-

COMPARAISON ENTRE LES STATISTIQUES DE LA LITTERATURE ET CELLES DE NOS OBSERVATIONS

TABLEAU DES LOCALISATIONS TROUVEES DANS LA LITTERATURE

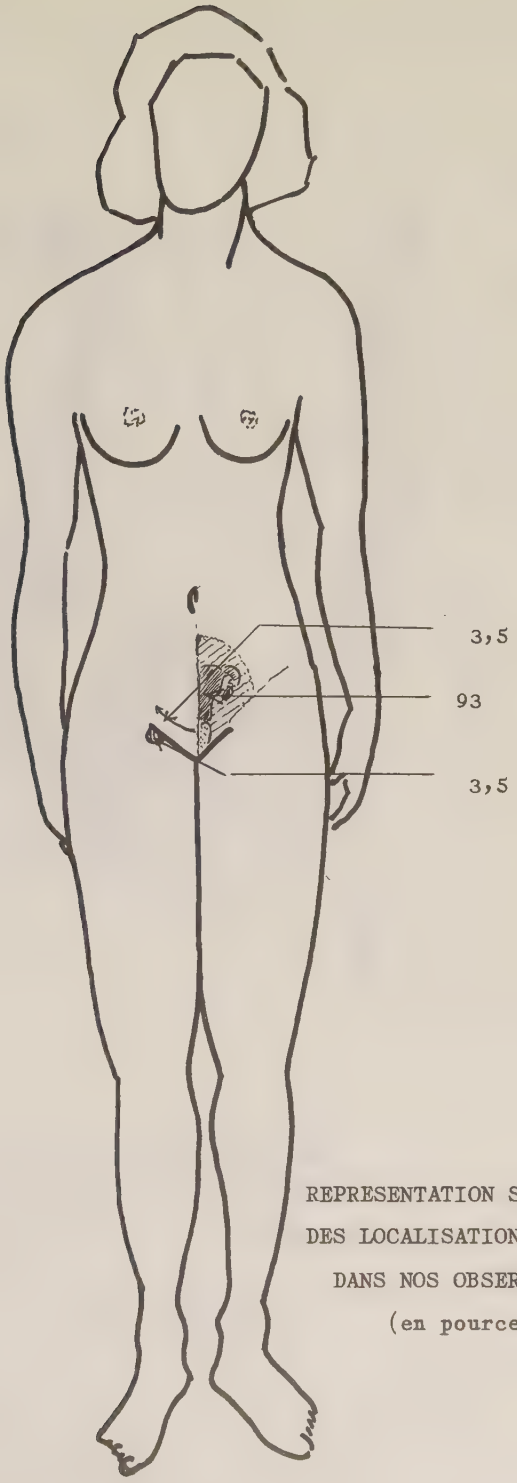
(en pourcentage)

LOCALISATIONS GENITALES :		
Utérus	57	
Ovaire	21	
Trompe	10	
Vagin	0,6	
Région pelvienne :		
- cloisons	0,9	
- ligaments	0,2	
- ganglions	0,3	
Région perino-vulvaire	0,2	
	90,2	90,2
LOCALISATIONS EXTRA GENITALES :		
Poumons-plèvre	0,8	
Coeur-péricarde	0,09	
Grêle	1,65	
Colon	1,2	
Vessie	1,9	
Rein	1	
Uretère	0,1	
Urètre	0,05	
Epiploon	0,03	
Ombilic	2,38	
Ganglions de l'aine	0,32	
Cuisse	0,03	
Epaule	0,01	
Paroi abdominale	0,03	
Main gauche	0,01	
Cicatrices	0,2	
	9,80	9,8
	TOTAL :	100 %

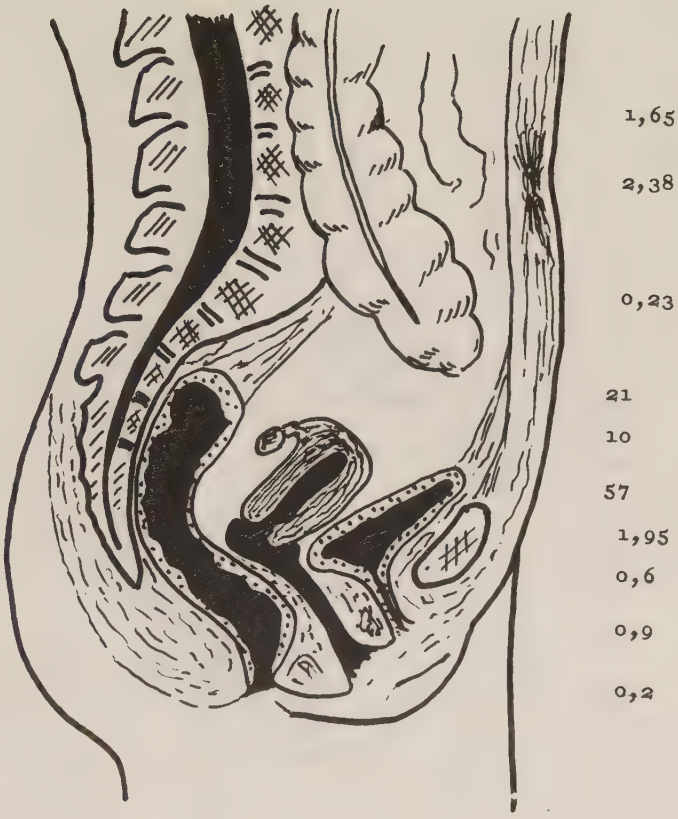


0,01
0,8
0,09
1,2
1,9
1,65
0,03
2,38
0,03
0,2
0,1
0,2
1,95
0,01
0,03
90,2
0,32
100

REPRESENTATION SCHEMATIQUE
DES LOCALISATIONS TROUVEES
DANS LA LITTERATURE
(en pourcentage)
SUR UN TOTAL DE 5.080 CAS
(statistique américaine)

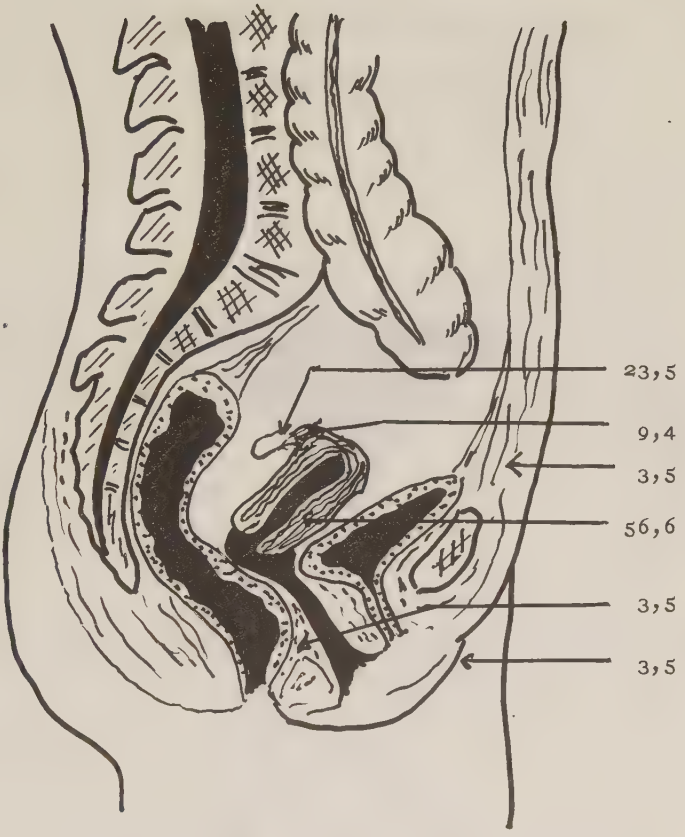


REPRESENTATION SCHEMATIQUE
DES LOCALISATIONS TROUVEES
DANS NOS OBSERVATIONS
(en pourcentage)



REPRESENTATION GRAPHIQUE
DES LOCALISATIONS COURANTES
DE L'ENDOMETRIOSE DANS LA SPHERE GENITALE

(en pourcentage)



REPRESENTATION GRAPHIQUE

DES LOCALISATIONS DE L'ENDOMETRIOSE

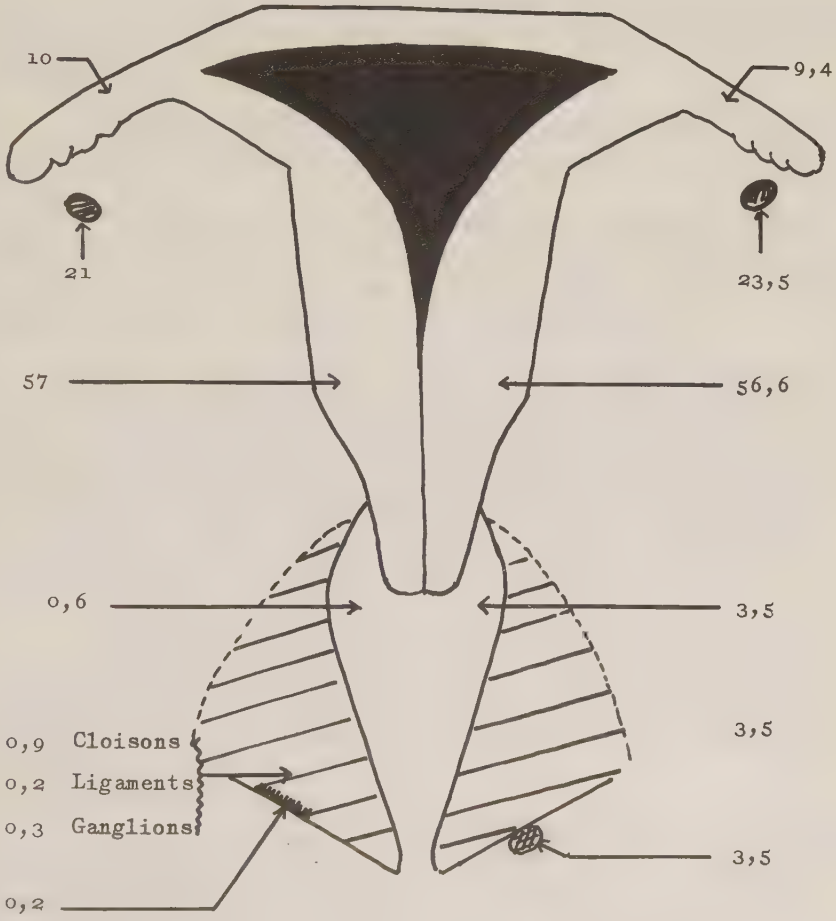
D'APRES NOS OBSERVATIONS

(en pourcentages)

COMPARAISON STATISTIQUE DES LOCALISATIONS

PARA UTERINES DE L'ENDOMETRIOSE ENTRE LA

LITTERATURE ET NOS OBSERVATIONS



(En Pourcentage)

C O N C L U S I O N

Nous avons examiné un certain nombre d'observations cliniques d'endométriose, accompagnées de leurs examens histologiques en précisant leur localisation et leur fréquence. Nos résultats correspondent à ceux trouvés dans la littérature mondiale.

Les localisations les plus fréquentes sont les suivantes Endométrioses interstitielles, 56,6 % ; endométrioses ovariennes 23,5 % ; endométrioses tubaires 9,4 % ; autres localisations 10,5%.

Parmi les théories qui pouvaient être envisagées, l'hypothèse embryologique doit être écartée, du fait des localisations observées.

Les diverses théories, que l'on peut admettre, présupposent toutes, comme point de départ, la muqueuse du corps utérin.

La présence normale de pénétration localisée, située dans la couche interne du myomètre, laisse bien entendre la possibilité de phénomènes invasifs. Cette origine est soulignée par la grande fréquence des endométrioses interstitielles.

Pour d'autres localisations, l'hypothèse d'une migration transtubaire nécessiterait des implantations à la surface des organes, ce qui n'est généralement pas le cas. Pour l'ovaire, la migration vasculaire sanguine et lymphatique semble la seule plausible, puisque les implantations observées sont situées au sein du parenchyme ovarien. Nombre d'implantations éloignées s'expliquent par cette voie vasculaire sanguine et lymphatique.

La pénétration dans les vaisseaux utérins eux-mêmes, se trouve facilitée par la minceur de leur paroi et par les phénomènes mécaniques dûs aux contractions utérines, cycliques ou expulsives, ce qui correspond à leur fréquence spéciale après les grossesses ou avortements.

Toutes ces localisations, implantations, greffes, nécessitent un certain conditionnement hormonal. Les fréquences que nous avons observées correspondant à celles de la littérature, révèlent qu'elles se situent presque toutes en période d'activité génitale ; en effet, la maladie ne se verrait jamais chez la fillette impubère, rarement chez la femme ménopausée ou castrée.

Ce climat hormonal ne doit pas être de type normal, car il est à noter les irrégularités du rythme menstruel, les associations avec un fibromyome et surtout, avec des kystes folliculaires de l'ovaire.

-=000=-

VU et PERMIS d'IMPRIMER :

Le DOYEN de la FACULTE de MEDECINE de PARIS :

G. C O R D I E R

Le PRESIDENT de la THESE :

A. G I R O U D

Le RECTEUR de l'UNIVERSITE de PARIS :

J. R O C H E

B I B L I O G R A P H I E

1. ABEL S. - Endometriosis in general Abdominal Surgery, Arch. Surg. 57, 286, 1948.

2. ABEL W.G. and ROUSSELOT L.M. - Small Bowel Obstruction caused by endometriosis, Case report, Ann. West Med. Surg. 5, 631, 1951.

3. ABELL I. and ABELL I. Jr. - Endometriosis, South. Surgeon, 13, 321, 1947.

4. ABESHOUSE B.S. et ABESHOUSE G. - L'endométriose des voies urinaires, revue de la littérature et relation de 4 cas d'endométriose vésicale - J. Internat. Coll. Surgeons, Juil. 1960, 34, n° 1 (I) 43-63, 2 tabl. résumé français.

5. ABRAHAMSEN H. - Grossesse ovarienne sur une endométriose externe, Zbl. Gyn. 14 Juil. 1962, 84, n°28, 1977-1088, 10 fig. (Bibliogr.)

6. ABRAHAMSEN H. - Comportement de l'endométriose utérine interne dans les tumeurs fonctionnelles de l'ovaire - Zschr Geburtsh. Gyn. 1963, 161, n°2, 188-207, 6 fig., 12 tabl. (Bibliogr.)

7. ADAMS P.S. - Endometriosis of Bladder, Report of case, J. Urol., 40, 39-396, 1938.

8. AHUMADA J.C. and NOGUES A.E. - La endometriosis fornical perforente (a proposito de 12 observaciones) Abstrac. in Am. J. Obst. Gynec. 55, 904, 1948.

9. ALBRECHT H. - Pathologische Anatomie und Klinik des Adenomyoms und der Adenomyosis, in HALBAN-SEITZ : Biologie und Pathologie des Weibes t. IV p. 28/38 1 vol.7,Urban und Schwarzenberg Verl. Berlin und Wien (1928)
- Die temporäre Rötggenamenorrhöe zur Behandlung der endometrialen Tumoren des Ovariums und Peritoneums. Strahlentherapie. t. XXXVII p. 584-589, 1939.
- Zur Frage der Bösartigkeit der endometriosis rectouterina. Radikal Operation oder Bestrahlung, auf Grund der Behandlungsergebnisse von 359 Fällen der Weltliterature. Arch. f. Gynäk. t. CLV p. 74-95, 1933.

10. ALLAN M.S. and HERTIG A.T. - Am. J. Obst. Gynec. 58, 640, 1949.

11. ALLAN VEHASKARI - Dtsch. Med. Wschr. 1950.

12. ALLEN E. - Regurgitation of endometrial tissue through fallopian tube during operative procedure. J.A.M.A. XC p. 598, 1928.

13. ALLEN E. - A clinical and experimental study of endometriosis Am. J. Obst. Gynec. t. XXVI p. 803-814, 1933.

14. ALLEN E. PETERSON L.F. and CAMPBELL Z.B. - Clinical and experimental Endometriosis - Am. J. Obst. Gynec. 68, 356, 1954.

15. AMSTERDAM G. H. - Endometriosis - Am. J. Obst. Gynec.216,694 1948.

16. ANDERS H. - Inaug. Diss. Rostock - 1951

17. ANTOINE T. - Wien Kli. Wschr. - 649-651, 1952.

18. APELO R.A. - Endometriosis, Acta Med. Philippina, 8, 49,1951

19. ARENAS N. and FOIX A. - Endometriosis, Rev. Ginec. e Obst. 45, 4, 1951.

20. ARJE S.L. and WEBB G. - Endometriosis of the urinari Bladder U.S. Armed Forces M.J. 1, 521, 1959.

21. ARON C. - Quelques considerations sur l'endométriose pelvienne à propos de 34 cas suivis à la consultation de gynécologie de la maternité de l'Hopital St-Antoine - Thèse Paris n° 964, 1962, 91 p.

22. ARRIGHI L.A. and BARATELLI E.P.- Abstract. in J. Obst. Gynec. 59, 149, 1942.

23. ARRIGHI L.A. and BARATELLI E.P. - Endometriosis Vesical, Bol. Soc. Obst. y Ginec. - Buenos-Ayres, 28, 19, 1949

24. ASCHHEIM S. - Adenomyosis und Gravidität, Ztchr. f. Geburtsh. u. Gynäk t. LXXXVI p. 414-416, 1923.

25. ASCHHEIM S. - Uber das sogenannte endometrioma ovarii, Ztchr. f. Geburtsh. u. Gynäk t. LXXXVIII p. 226, 1924.

26. ASCHHEIM S. - Adenomyosis uteri externa und Gravidität, Arch. f. Gynäk t. CXXXVII p. 999-1001, 1929.

27. ASCHHEIM S. et VARANGOT J. - Sur la présence de formations endométriales dans les vaisseaux du myomètre. Considération sur la pathogénie de l'endométriose. Mémoire à paraitre dans les annales d'anatomie pathologique

28. BACHER W.C. HERZOG A.J. - Bilateral Ovarian Carcinoma arising in endometrial cyst. Am. J. Clin. Path. 21, 969, 1951.

29. BACHMAN E. - Paradoxical Metastasis and Transpulmonary Cancer Spread. Am. J. Roentgenol, 72, 499, 1954.

30. BACON W.B. - Results in 138 cases of endometriosis treated by conservativ surgery. Am. J. Obst. Gynec. 57, 953, 1959.

31. BAER W. - Freie Uterusschleimhaut in der Tube (Ein Beitrag zur Atiologie den Endometriose) Zbl. f. Gynäk. 1932 p.3196-3108.

32. BAILLAT G. - Endométriose du canal inguinal développé aux dépens de l'appendice, Bull. Soc. Obst. et Gynec. 715,1939

33. BALL T.L. et PLATT M.A. - Complications urologiques de l'endométriose. Am. J. Obst. Gyn., 1er déc. 1962, 84, n° 11, 1516 1521 (Bibliogr.)

34. BALLIN M. - Fistules menstruelles postopératoires et endométriales. Surg. Gyn. and Obst. XLVI n° 4 525-535 1928.

35. BARNESS J. - Endometriosis of the Pleura and Ovaries, J. Obst. Gynec. Brit. Emp. 60, 823,

36. BARON F. - Suites d'une endométriose ombilicale. - Bull. Féd. Soc. Gynec. Obst. Aout-Oct. 1960, 12, n° 4, 388-389.

37. BARTELMEZ G.W. and BENSLEY C.M. - Human uterine gland cells. E.V. Cowdry's Special Cytology t. III A vol. Hoober inc. ed. New-York 1932

38. BARTLETT R.W. - Endométriome de l'anse sigmoïde. Am. J. of Surg. M. L. XXIX 122, 1935.

39. BARZILLAI G. - Le eterotopie endometrioidi nelle cicatrici laparotomiche - 1 vol. C.E.L.V.I. ed. Trieste 1931.

49. BASAURI M.M. - Contributions to the study of Endometriosis in Mexico. Ginec. y Obst. Mexico. 3, 13, 1948.

41. BASAURI M.M. - Abstract from International Abstr. Surg. 87, 4177, 1948.

42. BASSIS M. L. - Pseudo Deciduosis, Am. J. Obst. Gynec. 72,499 1954.

43. BATIZFALVY J. - Endometriose und Schwangerschaft. Zbl. f. Gynäk t. LXIII, p. 40-52, 1939.

44. BAZY L. - Sur les adénomyomes de l'appareil génital de la femme. Bull. Assoc. Fr. pour l'Etude du Cancer t. II p.157 161, 1922.

45. BAZY L. - A propos de la communication de Cotte sur les endométrioses de l'appareil génital. L'endométriome de la trompe. Mem. Acad. de Chir. t. LXV p. 6 - 10 1939.

46. BAZY L. - A propos de la communication de M. Cotte sur les endométriomes de l'appareil génital de la femme. L'endométriome de la trompe. Mem. Acad. Chir. LXV p.6-10 1939.

47. BAZY L., BLONDIN S. et CHENE P. - L'Endométriome du rectum Mem. Acad. Chir. t. XLIII p.1443-1449 1938.

48. BAZY L., BLONDIN S. et CHENE P. - Sur l'intétet pratique de l'endométriome du rectum. Presse médicale XLVII p. 785-786 1939.

49. BEDOYA J.M. - Etiologia y Patogenia della Endometriosis. Tokio Ginec. Pract. 9, 537, 1950.

50. BEECHAM C.T. - Surgical Treatment of Endometriosis, J.A.M.A. 139, 971, 1949.

51. BENJAMIN F. et CAMPBELL J.A.H. - "Endométrie" du stroma d'origine ovarienne possible. Am. J. Obst. Gynec. - Sept. 1960 80, n° 3 449-453 (Bibliogr.)

52. BENNETT H.G. Jr. - Endometriosis - J. Oklahoma M.A., 41, 11 1948.

53. BENZ. - Proc. Staff. Meeb. Mayo Clin. 27, 201-208, 1952.

54. BERARD et CROIZAT - Endométriome de l'os iliaque chez une malade atteinte d'un double kyste séro-hématique de l'ovaire. - Lyon Chir. XXVII, 636, 1930

55. BERGERET et RACHET - Endométriome du colon sigmoïde. Mém.de l'Acad. de Chir. LXV, 959, 1939.

56. BERLIN P.F. and FINESTONE E.O. - Endométriosis of the Sigmoid New-York J. Med. 49, 2081, 1949.

57. BERNSTEIN J.S., PERLOW V. et BRENNER J.J.- Ascites abondantes dues à l'endométriose - Am. J. Dig. Dis. Janv. 1961, 6,n°1 1-6 (Bibliogr.)

58. BICKERS W. - Stilbestrol in Endometriosis, South M.J. 42, 229 1949.

59. BIEBL M. - Zur Adenomyosis (Endometriosis) des Darmes.Virchows Archiv. CCCLXIV, 71-85, 1927.

60. BIEBL M. - Bauchferne Endometriose am Unterarm und irhe Bedeutung für eine neue Lehre von einer einheitlich mesenchymalen Genese der Endometriosen allgemein. Zbl. f. Chir. LXV 1026-1042, 1938.

61. BILEK K. et SCHEELE V. - Les endométrioses rectales (avec c.r. d'un cas)- zbl. Gyn. 21 Avril 1962, 84, n°16, 619-624 (Bibliogr.).

62. BIRMANAC D. - Le traitement local de l'endométriose vaginale avec le pérandrène. Zbl. Gyn. 20 Aout 1960, n° 34, 1310-1311.

63. BIZARD, DRIESSENS et GARRAUD - Les endométriomes - Echo méd. du Nord, IV, 893, 1935.

64. BLAIKLEY J.B. - Endometriosis of the Bladder : Tumours arising in Wolffian Remnants. Proc. Roy. Soc. Med. 42, 59, 1949.

65. Blaikley J.B.- Traitement de l'endométriose de l'intestin et de la vessie - J. Obst. Gyn. Brit. Commonw. Oct. 1962, 69 n° 5, 790-794 (Bibliogr.).

66. BLINICK G. and MERENDINO V.J. - The Infrequency of Pelvic Endometriosis in negro women. M.J. Surg. 81, 635, 1951.

67. BLUM E. and FRUHLING L. - Aspects urologiques de l'endométriose ; Les formes rénales, uréthérale et vésicale. Gynec. et Obst. 50, 404, 1951.

68. BLUM E. and FRUHLING L.- Gynec. Obst. 59, 404, 1951.

69. BO W. - J.A.M.A. Arch. Path. 64, 595, 1957.

70. BONHOMME J., AUPY G. - Endométriose - Revue de Médecine, 15, 22, Janv. 1960.

71. BONHOMME J. et AUPY G. - Les formes anatomo-cliniques de l'endométriose et leur traitement - Rev. Med. Janv. 1960 1, n° 1, 15, 23.

72. BONIVART A., KNEISZL F. et MARGITAY-BERCHT D. - Endométriose cervicale.- Zbl. Gyn. 4 Fév. 1961, 83, n° 5, 186-194 (Bibliogr.).

73. BONORDEN W. - Zur früh Diagnostik der Endometriosis Ovarii- Deutsch Med. Wschr. 74, 463, 1949.

74. BONORDEN W. - Deutsch. Med. Wschr. 15, 463, 19

75. BONTKE E. - Kyste endométrial sur le tubercule du pubis. Geburtsh. Frauenh. Fév. 1960, n° 2, 185-187 , 1 fig.(Bibliogr.)

76. BOOKRAJIAN E.N. and MORROW R. - The problem of Endometriosis J.M. Soc. New-Jersey, 47-332, 1950.

77. BOROWSKI P. - Uber maligne Adenomyome des Uterus - Ztschr. Geburtsh. XCV, 311, 328, 1929.

78. BORSOTTY P.C. - Considerazioni sulla Patogenesi della Endometriosi - Boll. e Mem. Soc. Piemontese Chir. 19,30,1949

79. BORSOTTY P.C.- Abstract in Exc. Med. Section X Obst.Gynec. 3, 402, 1950.

80. BORSOTTY P.C. - La Terapia delle Endometriosi - Minerva Med. 1, 293, 1950.

81. BORSOTTY P.C. - Abstract in Exc. Med. Section X Obst. Gynec. 3, 452, 1950.

82. BOURG R. - Faux aspect lipiodolé de carcinoma post-ménopausique, en réalité : Endométriose - Bruxelles Med. 30' 298, 1950.
- Abstract in Exc. Med. Section X Obst. Gynec.3, 455, 1950

83. BRAINE - Cancer de l'ampoule rectale Coïncidant avec un endométriome recto-sigmoïdien sténosant développé dans la paroi même du rectum - Arch. des mal. de l'app. dig. XXII 673, 1932.

84. BRAKEMANN O. - Experimentelle Studien zur Frage der Endometriose. Arch. f. Gynäk CLV, 276, 310, 1933.

85. BRANSCOMBE L. - Personal communication - Aucune référence connue, endométriose extra génitale.

86. BREMOND E. et BREMOND P. - Endométriose de l'insertion pubienne du ligament rond.- Bull. Féd. Soc. Gyn. Obst. Juil. Sept. 1961, 13, n° 4, 429.

87. BREWS A. - Endometriosis of Diaphragm and Meigs' Syndrom Proc. Roy. Soc. Med. 47, 461, 1954.

88. BROCQ P. et PALMER R. - Le diagnostic clinique et opératoire des endométriomes de l'ovaire - Mem. Acad. Chir. LXII 1372-1381, 1936.

89. BROCQ P. et VARANGOT G. - Les endométriomes - Congrès français de Chir. 48° Session Paris 1945 (Bibliogr.)

90. BROCQ P. - La place de l'endométriose en Gynecologie - Rev. Brasil Cir. 17, 289, 1948.

91. - Abstract in Am. J. Obst. Gynec. 58, 192, 1949.

92. BROCQ P. and BOREAU J. - Endométriose ganglionaire inguinocrurale associée à une endométriose recto-sigmoidienne Gynec. et Obst. 48, 5, 1959.

93. - Abstract. in Internate Abstr. Surg. - 90, 70, 1950

94. BROCQ, VARANGOT, DELANNOY - Les Endométriomes, 38° Congrès Fr. de Chirurgie - Paris 1939.

95. BROCQ P. - Occlusion uretérale due à une endométriose - J. of Urol. Fev. 1960, 83, n° 2, 100-102 (Bibliogr.)

96. BROUGHER J.C. - Endometrial Cyst in an Episiotomy Scar - Am. J. Obst. Gynec. 54, 127, 1947.

97. BRUNET - Communication à la Société de Gynécologie et d'Obstétrique de Berlin - Ztschr. f. Geburtsh. u. Gynäk. LIV 607-609, 1905.

98. BRZEZINSKI A. and BROMBERG Y.M. - The problem of Endometriosis in Israel. Acta Med. Orient. 10, 173, 1951.

99. BRZEZINSKI A. and Coll. - Am. J. Obst. Gynec. - 83, 414,1962

100. BULLIARD et CHAMPY C. - Trois cas de cancer du col de l'utérus (type vaginal) avec métastases ganglionnaires cylindriques. Bull. Assoc. fr. pour l'étude du cancer - II 162 169, 1922.

101. BUNGELER W. and FLEURY SILVEIRA - Consideracoes sobre a Patogenia das Endometrioses - Arq. Cirurg. Clin. de S. Paulo - 3, 169, 187, 1939.

102. BURNSIDE A.F. - An Evaluation of the Treatment of Endometriosis - South Surgeom ; 14, 645, 1948.

103. BURT R.K. et EMSON H.E.- Adénoacanthome ovarien développé au niveau d'un foyer d'endométriose. Trois cas - J. Obst. Gyn. Brit. Comm. Dec. 1961, 68, n° 6 , 974-978, 11 fig. (Bibliogr.)

104. BUTOMO W.G. and SCHERESCHEWSKI J.I. - Zur Frage über die menstruelen Veranderungen in extra genitalen Heteropien Virchows Arch. f. Path. Anat. 274, 716-728, 1939.

105. CADENAT P.M. - Endométriome du colon sigmoide - Mem. Acad. Chir. LXV, 971-972, 1939.

196. CAFFIER P. - Arch. Gynäk - Bd. 175 - 2

107. CAMARA A. - Endometriose Cervica - Rev. Ginec e Obst. 1, 336, 1949.

108. - Abstract in Exc. Med. Section X Obst. Gynec. 3, 177, 1950

109. CAMPBELL R.E. - Case records of the Massachusetts General Hospital. - New-England J. Med. - 236, 835, 1947.

110. CAMPBELL R.E. - Surgical Aspect of the Management of Endometriosis - Minnesota Med. - 32, 1089, 1949.

111. CAMPBELL M. - Urology Philadelphia W.B. Sunders Company - 1062, 1954.

112. CAMPBELL M. - A. J. Urol. 64, 570, 1950.

113. CARPEN I. et E. - La fertilité post-opératoire des malades souffrant d'endométriose. - Gynaecologia, 1962, 153, n° 1 58-62 (Bibliogr).

114. CARTER B. - Traitement de l'endométriose - J. Obst. Gyn. Brit. Commonw. Oct. 1962, 69, n° 5, 793-789. (Bibliogr).

115. CATHERWOOD A.E. and COHEN E.S.- Endometriosis with decidual reaction in episiotomy scar. Am. J. Obst. Gynec. 62, 1364 1951.

116. CATELL R.B. - Endometriosis of the colon and rectum with intestinal obstruction - New England J. Med. CCXVII, 9, 16, 1937.

117. CATTEL et SWINTON - Endométriose avec une référence spéciale au traitement conservateur - New. England J. of Med. 34, 1936.

118. CAVANAGH W.V. - Fertily in the Etiology of Endometriosis Am. J. Obst. Gynec. 61, 539, 1951.

119. CHALMERS J.A. - Traitement de l'endométriose par l'anovlar. J. Obst. Gyn. Brit. Commonw., Oct. 1962, 69, n° 5, 801-803.

120. CHAUVIN E. - Endométriose de la vessie - Bull. Soc. fr. d'Urol. 318-322 21/12/36.

121. CHYDENIUS J.J. - Uber die Pathologie und Therapie der Rektovaginalen endometriosen Arbeiten a.d. path. Inst. d. Univers. Helsingfors VIII ATE, 197, 1935.

122. CLARK A.H. - Endometriosis in a young Girl - J.A.M.A. 136, 690, 1948.

123. CLARKE C.E. Small Bowel intestinal Obstruction due to Endometriosis - Am. J. Surg. 17, 1145, 1951.

124. COGHLIN D.G. - Pregnancy associated with Adenomyoma of the Uterus. Canad. Maj. 56, 315, 1947.

125. COLCOCK B.P. and LAMPHIER T.A. - Endometriosis - Ann. Surg. 131, 1597, 1950.

126. COLCOCK B.P. and LAMPHIER T.A. - Endometriosis of the large and the small intestine - Surgery, 28, 997, 1950.

127. COLLINS D.C. - Endometriosis of the vermiform appendix - Review of Literature with addition of nine new instances one of which caused severe melena - Arch. Surg, 63, 617, 1951.

128. CONCANNON P.J., VEPROVSKY E.C. et GARROW I. - Adénoacanthome bilatéral de l'ovaire sur endométriose. Revue de la littérature et rapport d'un cas - Am. J. Obst. Gyn., 15 Janv. 1962, 83, n°2, 180-184 (Bibliogr.

129. CORDIER R., STRAETMANS R. and VOKAER R. - Une tumeur peu fréquente de l'ovaire ; Métaplasie malpighienne d'un endométriome. Bruxelles Med. 28, 1588, 1948.

130. - Abstract in Exc. Med. Section X Obst. Gynec. 2, 147,1949

131. CORDUA R. Zbl. Gynäk - 1947, 944

132. CORNER G.W. Jr., HU C.Y. and HERTIG A.T. - Ovarian Carcinoma arising in endometriosis - Am. J. Obst. Gynec. 58, 760 1950.

133. CORNER G.W. Jr., HU CHIK-YUAN and HERTIG A.T. - Am. J. Obst. Gynec. - 59, 760, 1950.

134. CORNIL L., MOSINGER M. et FRUCTUS X. - Sur l'état endométrioide et l'endométriose tubaire (A propos de 8 nouveaux cas) Ann. d'anat. path. X, 389-399, 1933.

135. CORSCADEN J.A. and SINGH B.P. - Am. J. Obst. Gynec, 75, 144 1958.

136. COSTA V., TEIXEIRA E., BORBA P. et CARVALHO A. - Endométriose du coecum simulant une appendicite aigue - Rev. Brasil cir. Juin 1960, 39. n°6, 486-489 (Bibliogr.) résumé français.

137. COTTE G. et TRILLAT A. - Sur l'endométriose du corps utérin La gynécologie XXXII, 651-658, 1933.

138. COTTE G. - Endométriose diffuse du corps utérin - La Gynécologie XXXIV 639-643, 1935.

139. COTTE G. et MATHIEU J. - considérations cliniques et thérapeutiques sur les endométrioses de l'appareil génital. Mem. Acad. Chir. LXII, 1349-1363, 1939.

140. COTTE et MATHIEU - L' endométriose ovarienne. Etude anatomo-clinique et thérapeutique. Gynec. et Obst. XXXIX 81-99, 1939.

141. COULTER E.B. and LUDDEN T.E. - Rectal bleeding due to endometriosis - North-West Med. 50, 680, 1951.

142. COUNSELLER V.S. - Endometriosis. A clinical and surgical review - Am. J. Obst. Gynec. XXXVI 877-888, 1938.

143. - The clinical significance of endometriosis. Am. J. Obst Gynec. XXXVII, 788-797, 1939.

144. COUNSELLER V.S. - Réponse à l'enquête. cf. Congrès Français de Chir. 48° Session Paris 1945. (Les endométriomes BROCQ et VARANGOT)

145. COUNSELLER V.S. - The surgical aspects of Endometriosis J. Internate Coll. Surgeons, 11, 29, 1948.

146. COUNSELLER V.S. - Surgical Procedures involved in the Treatment of Endometriosis - Surg. Gynec. Obst. 89, 322, 1949.

147. COUNSELLER V.S. and CRENSHAW J.L. Jr. - A clinical and surgical review of Endometriosis. - Am. J. Obst. Gynec. 62, 930, 1951.

148. COURRY A.A. and VESPASIANO Ramos A. - Endométriose uro génitale - An. Brasil Ginec. 21, 27, 1946

149. COUVELAIRE R. - Pathologie de l'appareil urinaire - Nouveau Précis de Pathol. Chirur. Masson et Cie. Edit. 656-657, 1933

150. CREADICK R.N. - The non-surgical treatment of endometriosis North Carolina M.J. 11, 576, 1950.

151. CRISMER R. et GUILLARD J. - Deux observations d'endométriose du sigmoïde - Presse Méd. (suppl.) 7 Avril 1962, 70, n° 17 59, 5 fig.

152. CRON R.S. - Endométriosis - J. Iova. M. Soc. 38, 231, 1948.

153. CRONE, MUNZEBROCK H. - Zts. Chr. Urol. 49, 550, 1956.

154. CROUSSE R. et ANCIAUX C. - Endométriome du ligament rond - Bruxelle Méd. XI, n° 8, 206-208, 1930.

155. CRUZ M.D. Jr. and GUBALLA H.A. - Endometriosis, Philippine J. Surg. 6, 242, 1951.

156. CRUZ M.D. Jr. - Endometriosis among Filipino Women - Philippine J. Surg. 6, 155, 1951.

157. CULLEN T.S. - Adenomyom des Uterus - 1 Vol. Hirschwald Ed. Berlin 1903.

158. - Adenomyoma of the recto-vaginal septum. - The John Hopkins Hosp. Bull. XXVIII 342-349, 1917.

159. - Embryology, Anatomy and diseases of the umbilicus, together with diseases of the urachus - 1 Vol. W.B. Saunders Co. Ed. Philadelphia.and London 1916.

160. CULLEN T.S. - Three cases of subperitoneal pedunculated adenomyomas - Arch. Surg. II 443-454, 1921.

161. CULLEN T.S. - Adenomyoma of the uterus - W.B. Sanders C° Philadelphia.

162. CULLEN T.S. - The distribution of adenomyoma contening uterine mucosa. Arch. Surg. 1, 215-283, 1920.

163. CUNNINGHAM K. and SMITH K.V. - A case of intussusception caused by endometriosis of ileum. - Brit. J. Surg. 36,59 1948

164. DA COSTA C.C. - Endometriosis outside the uterus - An. Brasil Ginec. 25, 7, 1948.

165. - Abstract in Internat Abstr. Surg. - Surg. Gynec 87, 360 1948.

166. DA COSTA C.C. - Extragenital localisation of endometriosis Obst. y Ginec. Latino-Am., 4, 387, 1946.

167. - Abstract in J. Obst. Gynec. , 55, 182, 1948.

168. DAGNELIE J. - Contribution à l'étude des endométriomes hétérotopiques - Ann. Endocrinol. 8, 26, 1947.

169. - Abstract in J. Obst. Gynaec. Brit. Imp. 54, 722, 1947.

170. DAILLEY H. and TAFEL R.E. - Am. J. Obst. Gynec. 64/3 650-654, 1952.

171. DAMM P. - Uber die Entwicklung von Endometriosis in der Bauchwand - Acta Obst. Scand. XI, 458-473, 1931.

172. DANIEL C. et GEROTA D. - Considérations sur l'endométriome ovarien - Gynécologie XXXVI, 257-272, 1937.

173. DA SILVA C. - Endométriose sténosante du sigmoïde - O. Medico, 12 Mai 1960, 11, n° 454, 282-287, 6 fig. (Bibliogr.) résumé français.

174. DAVIS C.H. and CROSS R.S. - A contribution to the study of endometriosis - Am. J. Obst. Gynec. XII, 520-535, 623-631 1926.

175. DAVIS C.D. Jr., ALEXANDER R.W. et BUENGER R.E. - Chirurgie de l'endométriome et du colon - Am. J. Surg., Fev. 1963, 105, n° 2, 250-266, 15 fig. (Bibliogr.)

176. DEACON A.L. - Endometriosis and Intussuception of the Appendix - J. Obst. Gynaec. Brit. Imp. 58, 586, 1949.

177. DEAN T. - Abdominal emergencies from spontaneous rupture of endometrial cysts. - Lancet, 1, 1380, 1951.

178. DECAUDAVEINE J. - Endométriose - Etat actuel de la question France Médicale 25, 223, Mai 1961.

179. DECAUDAVEINE J. - Endométriose - Etat actuel de la question France Médicale mai 1962, 25, n° 5, 223-231.

180. DECOULX et BEDRINE - Endométriome de l'anse sigmoïde. Guérison spontanée par castration - C.R. de la Soc. Franç. de Gyn. n° 8, 260. 1937.

181. DELANNOY E. et BEDRINE - Sur un cas d'endométriome ombilical Bull. Soc. Gyn. et Obst. Paris, année 24, n°3, 206, 1935

182. DELANNOY E., DEMAREZ et BEDRINE - L'endométriose. Etude anatomoclinique - Arch. franco-belges de Chir. XXXV, n°1, 20 1936.

183. DE LA PAVA S., NIGOGOSYAN G. et PICKREN J.W. - Transformation sarcomateuse d'une endométriose "vraie" - New-York State J. Med. 1er Sept. 1963, 63, n°17, 2548-2553, 7 fig. (Bibliogr.)

184. DERICHSWEILER H. - Zur Kasuistik der Adenomyosis , Adenosis und Adenosis - Ztchr. f. Geburtsh. u. Gynäk 28-42, 1931.

185. DEROCQUE A. - Endométriomes vaginaux et para-vaginaux, Thèse 1926.

186. DE SANTO D.A. and McBIRNIE J.E. - Endométriosis - California Med. 71, 274, 1949.

187. DE SOLDENHOFF R. - A case of adenomyosis of the uterus with tuberculous infection. J. Obst. and Gynec. Brit. Imp. 55, 180, 1948.

188. DE STAERCKE P. - L'endométriose du gnéle. Etude d'un cas. Acta Chir. Belg., Janv. 1960, n°1, 65-74, 4 fig. (Biblio).

189. DE STEFANO N.M. et CLOUGH D.M. - L'énigme de l'endométriose. Am. J. Surg. Juil. 1960, 100, n°[illegible], 122-123.

190. DEVADASIN E., MADURAM - Endometrioma and Endometriosis. Antiseptic. 48, 107, 1951.

191. DEVENYI I., SZLECZKY J. et SLOWIK F. - Une adénomyose gastrique coexistant avec une digestion peptique. Bruns'Beitr. klin. Chir., Juil. 1962, 204, n°4, 471-480, 7 fig. (Bibliogr.) résumé français.

192. DIXON C.F. - Proc. Staff Meet. Mayo Clin. 27, 291-208, 1952

193. DO AMARAL-FERREIRA C. - Ann. Brasil Ginec. 33/6, 373-376, 1952.

194. DOCKERTY M.B. - Cancer sur endométriose. Aspects anatomopathologiques dans 9 cas. Am. Gyn. , 15 Janv. 1962, 83, n° 2, 175-179, 8 fig. (Bibliogr.)

195. DOCKERTY M.B. - Pathologic aspects of endometriosis - Minnesota Med. 32, 806, 1949.

196. DOCKERTY M.B., PRATT J.H., DECKER D.G. - Cancer, 7, 893, 1954.

197. DOCKERTY M.B. - Surg. Gynec. Obst. 99, 392, 1954.

198. DODERLEIN G. - Endométriose der Harnblase - Ztsch. Geburts. Gynäk. 106, 275-278, 1933.

199. DONALD A. - The clinical aspects of adenomyomata of the female pelvis organs - Proc. of the Roy. Soc. of Med. XVI 82-92, 1923.

200. DOUGAL D. - The problem of endometriosis - Am. J. Obst.Gyne. XXXV 373-386, 1938.

201. DREYFUS M.L. - Internal endometriosis - Am. J. Obst. Gynev. 39, 336, 1940.

202. DUBRAUSKY V. NIENDORF F. - Zschr. Geburtsh. und Gynaek,134, 213, 1951.

203. DUBRAUSKY V. - Arch. Gynäk. 179 Bd. 5 H. 603.

204. DUBRAUSKY and NIENDORF F. - Uber die maligne Entartung Heterotoper Korpus schleimhaut-wucherungen - Ztschr.Geburt. u. Gynäk. 134, 213, 1951

- Abstract in Exc. Med. Section X Obst. Gynec. 5, 46,1952

205. DUMITRIU A.C. - Endometriomul vaginuliu - Thèse Bucarest 1938.

206. DUJOVICH A. - Etat actuel du traitement de l'endométriose Prensa Med. Argent. 4 Nov. 1960, 47, n° 45, 3002-3007.

207. DUNCAN C. and PITNEY W.R. - Endometrial Tumors in the Extremities - M.J. Australia, 2, 715, 1949.

208. DUSON C.K. and ZELENIK J.S. - Vulvar endometriosis - Obst. Gynec. 3, 76, 1954.

209. EBERHARD H.F. - Endométriose de la vessie - Zentralblatt f. Gyn. LVI, n° 28, 1712-1715, 1932.

210. EMGE L.A. - L'intangible adénomyose utérine . Son passé et l'état actuel du problème - Am. J. Obst. Gyn. 15 Juin 1962, 83, n° 12, 1541-1563, 15 fig. (Importance bibliogr.)

211. ENZER N. - Endometriomyoma of the ombilicus. Arch. Path. 10, 879-886, 1930.

212. EPPERSON G.W. and BENSON V.C. - Am. J. Obst. Gynec. 62,1357 1951.

213. ESPITALIER L.F. - Rupture de kystes endométriotiques bilatéraux en fin de grossesse simulant une hémorragie accidentelle. - J. Obst. Gyn. Brit. Comm., déc. 1961, 68, n° 6 1051-1053.

214. EVELBAUER K. - Zbl. Gynäk, 1947, 447.

215. EVERETT H.S. - Probable tubal origin of endometriosis -Am. J. Obst. Gynec. XXII, 1, 34, 1931.

216. EWING J. - Neoplastic deseases. Atreatise of tumours, 1 vol. 3° Ed. W.B. Saunders Ed. Philadelphia, 1934.

217. FALKNER A. - Zur Frage der epithelialen Hohlraume in Lymphendrüsen - Zentralbl. f. Gynäk, 1496-1498, 1903.

218. FALLAS R. and ROSENBLOOM G. - Endometriosis - Am. J. Obst. Gynec., 39, 964, 1940.

219. FALLAS R.E. - Endometriosis - West J. Surg. Gynec. Obst. 59, 448, 1951.
- Abstract in Tr. Pacific Coast Obst. Gynec. Soc. 18, 53, 1951.

220. FALLAS R. - Endometriosis - Am. J. Obst. Gynec. 72, 557, 1956.

221. FALLON J. - Endometriosis in Youth - J.A.M.A. 131, 1405, 1946.

222. FALLON J. et Al. - A report of 400 cases - Rhode Island M.J. 33, 15, 1958.

223. FALLON J. - Endometriosis - Arch. Surg. 62, 412, 1951.

224. FALLON J. et Al. - The clinical aspects of Endometriosis - Ann. West Med. Surg. 4, 321, 1951.

225. FARRELL G.E. et HUNTER J. - L'endométriose rectosigmoidienne Souhern Med. J. , Nov. 1960, 53, 1441, in Internat. Surg. Dig., mars 1961, 70, n° 3, 185-186.

226. FELDMAN M.G. et SCHAFFER H.E. - Lésions du colon secondaires à l'endométriose - J. Mount. Sinai Hosp. Nov. Dec. 1960, 27, n° 6, 622-629. (Bibliogr.)

227. FELSEN H., McGUIRE J., WASSERMAN P. - Endometriose cardiaque Am. J. Med. 29 (6) 1072/1076, 1960.

228. FELSON H. et McGUIRE J. et WASSERMAN P. - Endométriosis cardiaque - Am. J. Med., déc. 1960, 29, n° 6, 1072-1076, 7 fig. (Bibliogr).

229. FERNANDES M. and CAMARA A. - Rev. Pernambuc Matern e Inf. 4 (1951) 3-4 198-205.

230. FERTANO L.R., HERTZ I.H. and CARTER H. - Malignant endometriosis - Obst. Gynec. 7, 32, 1956.

231. FIELD Ch. A., BANNER E.A. et SYMMONDS R.E. - Endométriose de la cicatrice abdominale après opération césarienne - Proc. Staff. Meet Mayo Clin., 3 Janv 1962, 37, n° 1, 12-15 (Bibliogr.)

232. FINKE L. - Signification de l'endométriose - Med. Klin., 15 mars 1963, 58, n° 11, 421-424 (Bibliogr.)

233. FISCHER R. et WIDMAIER F. - L'endométriose intestinale et son importance chirurgicale - Chirurg., Fev. 1963, 34, n° 2 77-80 (Bibliogr.)

234. FITZERALD W.L. et KUHN M.A.R. - Une observation de l'endométriose de la vessie - J. of Urol. 64 4 Balt. Oct. 1949.

235. FITZERALD W.L. and KUHN M.A.R. - Endometriosis of the bladder - J. Urol. , 62, 467, 1949.

236. FITZGIBBONS J.P. - The diagnosis and treatment of endometriosis - Illinois M.J. 100-115, 1951.

237. FLEISHMAN S.J, DAVIDSON J.F. - Menstruation vicariante, cas probable d'endométriose pulmonaire - Lancet, 2 (7093) 88/89 - 1959.

238. FLOYD H.L. and EARLEY D.E. - Endometriosis of the small bowel causing acute intestinal obstruction - Cincinnati Med. 32, 214, 1951.

239. FLUHMANN C.F. - Surg. Gynec. Obst. 97, 45, 1953.

240. FOBE H. - Endométriome intestinal ; Résection iléo-coecale avec cinq ans plus tard, récidive dans une hernie épiploïque. Bull. Soc. Obst. et Gyn. n° 4 XXVI, 355, 1937.

241. FOLKE-HOLTZ - Endométriome avec réaction gravidique.. Gyn. et Obst. XXXVIII, n°4, 278, 1938.

242. FORAKER A.G. - Une technique de biopsie multiple par la mise en évidence de l'endométriose de la séreuse utérine. Am.J. Obst. Gyn. Avr. 1061, 81, n°4, 810-811.

243. FORMAN I. - Am. J. Obst. Gynec. 63, 634-639, 1952.

244. FORTIER L. - Endométriose et anomalies congénitales des organes génitaux - Union Méd. Canada, mai 1963, 92, n°5 548-549 (Bibliogr.)

245. FORTIER G.P. - Pelvic endometriosis - Alberta M. Bull. 16-19, 1951.

246. FRACHTMAN K. - Ein Fall von Adenomyosis externa der Bauchhaut zwischen Nabel und Symphyse. Wien Klin. Wchschr. II, 1712-1714, 1928.

247. FRANCOIS et ISIDOR P. - Formations muqueuses de type utérin à la surface d'un ovaire (contribution au problème de la pathogénie des hétérotopies endométriales) Ann. Anat. Path. II, 309-314, 1934.

248. FRANK P. et KUHLMANN N. - Une localisation rare de l'endométriose : l'endométriose iléale. (Apropos d'une observation) - Arch. Mal. App. dig. , Déc. 1962, 51, n°12, 1529-1534 (Bibliogr).

249. FRANKEL J.M. and SCHENK S.B. - The endometrial theory of ectopic pregnancy - Am. J. Obst. Gynec. XXXIII, 393-414 1937.

250. FRANKL O. - Salpingitis isthmica nodosa und adenomyosis tubae. Arch. f. Gynäk CXXXV, 556-567, 1929.

251. FRANKL O. - Tube in Lubarsch o. und Henke f. Handbuch der speziellen Pathologischen Anatomie und Histologie, Bd. 1 Teil, 1 Vol. J. Springer Ed. Berlin 1930.

252. FRANKL O. - Weitere Beiträge und Bemerkungen zur Pathologie der Adenomyosis . Uteri Adenomyosis. Zbl. Gynäk, 902-927. 1932.

253. FRANKL O. - Adenomyosis und Endometriosis. Ztschr. f. Geburt u. Gynäk CXV, 1-17, 1937.

254. FRANZ R. - Endométriose der Vulva. Zbl. f. Gynäk LXII, 373-374, 1938.

255. FRANZANI W. et ORSINI W. - Schéma thérapeutique de l'endométriose - Prensa Méd. Argent. 17 Juin 1960. 47, n°25, 1767-1772. (Bibliogr.)

256. FRASER A.D. - Ectopic Endometrium in a Macacus Rhesus. J. Obst. Gynaec. Brit. Imp. 36, 590, 1927.

257. FREIHEIT J.M. - A Discussion of the Treatment of functional Dysmenorrhea and a Ormonal Test of Endométriosis. Connecticut M. J. 11, 965, 1947.

258. FRERS A. J. - Endométriome de l'ombilic. Bull. Soc. Obst. Gyn. 688, 1931.

259. FREY G.H. - Familial occurence of endometriosis. Am. J. Obst. Gynec. 73, 418, 1957.

260. FREYMANN J.J. - Endometriosis, Newer Concepts of Origin and Treatment. J. Omaha Mid. West Clin. Soc. 12-37, 1951.

261. FRIEBEL H.G. - Endométriose et cancer - Zbl. Gyn. 30 nov. 1963, 85, n°48, 1710-1717, 9 fig. (Bibliogr.)

262. FRIEDMAN L. - Perirectosigmoid endometriosis simulating carcinoma. Am. J. Surg. XXXIII, 590-591, 1929.

263. FROMALT G. - Ein Fall von Endometriose der Harnblase. Zbl. f. Gynäk. 56, 1707-1712, 1932.

264. FROMOLT G. - Zwei Falle von Adenomyosis der weiblichen Blase Zentralbl. f. Gynäk, 51, 1159-1170, 1927.

265. FROMOLT G. - Un cas d'endométriose de la vessie. Zentralbl. f. Gyn. LVI, n° 28, 1932.

266. FRUHLING L. and BLUM E. - Endométriose rénale - J. Urol. Paris, 57, 151, 1951.

267. FUNABASHI T, YOKOZEKI T, KOIZUMI Y., OSHIKI S. et SEINO K. Endométriose ombilicale. Arch. of Derm., Juil. 1962, 86 n°1, 80.

268. FURST A. und SKORPIL F. - Chirurgische wichtige lokalisationnen der heterotopen Endometriosen - Arch. J. Klin. Chir. CLXXIX, 485-501, 1934.

269. GAAL M. - Endométriose du stroma ou hémangiopérycitome. Zbl. Gyn., 23 Mars 1963, 85, n° 12, 413-419, 5 fig.(bibl.)

270. GAINEY H.L., KEELER J.E. and NICOLAY K.S. - Am. J. Obst. Gynec. 63/3 511-523 ,1952.

271. GALKINA Z.V. et KUKHTERINA L.K. - Endométriose de la cicatrice après appendicectomie. Akoucherstov Guinek. (Moscou) Nov. Dec. 1960, n°6, 92-93.

272. GARDNER G.H., GREENE R.R. and RANNEY - Histogenesis - B. Obst. Gynec, 1, 615, 1953.

273. GARDNER G.H. - Management of pelvic endometriosis. Obst. Gynec. 5, 538, 1955.

274. GARDNER H.L. - Endométriose cervicale, une lésion d'importance croissante. Am. J. Obst. Gyn. 15 Juil. 1962, 84, n°2, 170-173 (Bibliogr.).

275. GARNET J.D. and CRANE D.R. - Am. J. Obst. Gynec..60, 1374, 1950.

276. GAUTHIER-VILLARS et LAMY - L'endométriome de l'appendice - La Presse Médicale, 423, 1939.

277. GAUTHIER-VILLARS et LAMY - L'endométriome de l'appendice - Ann. Anat. Path. XVI, 189-195, 1939.

278. GAUTIER P. - La "salpingite isthmique nodulaire". Ses rapports avec l'endométriose. J. Chir. Janv. 1961, 81, n°1, 49-70, 13 fig. (Bibliogr.)

279. GAUTIER P. - A propos de l'endométriose - Ann. Chir. (Supp. sem. Hôp. Paris) Avril 1961, 15, n° 7-8, 441-451.

280. GAUTIER P. - La place de la pseudo-gestation thérapeutique dans le traitement de l'endométriose. Gaz. Méd. France,10 Sept. 1962, 69, n°17, 2361-2368 (Bibliogr.)

281. GAUTIER P. et BAVIERE H. - Endométriose et cancer de l'ovaire - Bull. Féd. Soc. Gyn. Obst., Sept. Oct. 1963, 15, n°4 506-507.

282. GEIPEL P. - Weiterer Beitrag zur Kenntnis des decidualen Gewebes. Arch. f. Gynäk, CXXXI, 650-700,1927, 1928.

283. GEIST S.H. - The morphology of menstrual blood and its diagnostic value. Am. J. Obst. Gynec. XXII, 532-542, 1931.

284. GEROTA D. - Consideratiuni asupra endometriomului ovarian. Thèse de Bucarest 1937.

285. GIBERT T. et FOURN P. - Bull. Fédérat. Soc. Gynec et Obst. 4, 539-541, 1952.

286. GILLOUX A. - Trompe restante et endométriose - C.R. Soc. Franç. Gyn. Oct. 1962, 32, n°6, 481-485.

287. GITSCH E. - Succession rare d'une endométriose génitale et extragénitale (iléus) - Zbl. Gyn., 22 Juin 1963, 85, n° 25, 874-878 (Bibliogr.)

288. GLATTHAAR E. - Clinique et traitement de l'endométriose. Praxis, 23 Mars 1961, 50, n° 12, 304-308 (Bibliogr.) texte allemand.

289. GOLDBERGER M.A. et Al. - Roentgen Diagnosis of Adenomyosis Uteri. Am. J. Obst. Gyn. 557, 563, 1949.

290. GOLDFARB W.S. - A case of Endometriosis in the Episiotomy Scar. Am. J. Obst. Gynec. 66, 191, 1953.

291. GOODALL J.R. - A study of endometriosis, endosalpingiosis, endocervicosis and peritoneo-ovarian sclerosis : clinical pathological study. Philadelphia J.B. Lippingcott Company 54, 77, 1943.

292. GOODALL J.R. - A study of endometriosis, Ed. 2 Philadelphia J.B. Lippingcott Company, 1944.

293. GOODALL J.R. - Urinary complications of pelvic endometriosis Ann. Surg. 120, 891-900, 1944.

294. GOODALL J.R. - Endometrioma interstitiale. A preliminary report of a monograph endometriosis. Trans. Am. Ass. Obst. Gynaec. et Abd. Surg. 192, 217, 1937.

295. GOSSET A., BERTRAND I. et CHEVALLIER R.J. - Considérations statistiques et histologiques sur l'endométriose pelvienne. Mem. Acad. de Chir. LXV, 821-831, 1939.

296. GORI R.M. - Endometriosis tubaria, Endosalpingiosis, Obst. y Ginec. Latino, 6, 242, 1948.

- Abstract in Am. J. Obst. Gynec. 58, 192, 1949.

297. GOULLIOUD, MARTIN J.F. et MICHON L. - Les endométriomes des cicatrices de laparotomies. Gynec. et Obst. XVII, 106-115 1928.

298. GRANT A. - Traitement non chirurgical de l'endométriose par les oestrogènes. Med. è. Australia, 9 Déc. 1961, 48-II n° 24, 936-938 (Bibliogr.)

299. GRASCHENKOVA Z.P. - Aspects cliniques et histologiques de l'endométriose. - Akoucherstvo Guinek. 1961, n° 5, 87-94 6 fig. (Bibliogr.)

300. GRAVES W.P. - The treatment of obstructing recto-vaginal endometriosis. Am. J. Obst. Gynec. XIII, 728-731, 1927.

301. GRAY L.A. - The surgical treatment of endometriosis. J. Oklahoma M.A. 42, 192, 1949.

302. GRAYBURN T.W. - Obstruction uretérale due à l'endométriose. J. Obst. Gyn. Brit. Emp., Fév. 1960, 67, n° 1, 74-75 (Bibl.)

303. GRAYZEL D.M. - Carcinoma in an adenomyoma of the uterus. Am. J. Obst. Gynec. XXXV, 690-691, 1938.

304. GREENE ARMYTAGE V.B. and DATTA S.K. - Endometriomata. The five clinical types. Brit. Med. J. I. 602-604, 1933.

305. GREENE R.R., PECKHAM B.M. and GARDNER G.H. - Peritoneal bodies and cysts of the board ligament. Am. J. Obst. Gynec. 57, 890, 1949.

306. GREENE R.R. and NELSON W.W. - Decidual reaction in the ovary, Quart. Bull. North-Western Univ. Am. School 26, 197, 1952.

307. GREENE T.H. and MEIGHS J.V. - Pseudo-menstruation from post-hysterectomy vaginal vault endometriosis. Obst. Gynec. 4, 621, 1954.

308. GREENE J.W. and Enterline H.T. - Obst. Gynec. 9, 417, 1957.

309. GREGOIRE R. et COUVELAIRE R. - Endométriomes de la vessie. Bull. Soc. fr. Urologie n° 1, séance du 16 Janvier 1939.

310. GRENTREE L.B. - The mechanism of endometriosic "pain". Am. J. Obst. Gynec., 59, 1082, 1950.

311. GRICOUROFF G. - A propos de l'envahissement des ganglions pelviens dans les cancers du col de l'utérus. Mem. Acad. Chir. LXII, 1384-1388, 1936.

312. GRICOUROFF G. - Envahissement des ganglions pelviens dans le cancer du col de l'utérus et endométriose ganglionnaire. Bull. Assoc. Fran. Etude du cancer XXV, 759-778, 1936.

313. GRICOUROFF G. - L'endométriose. Signes cliniques et théories pathogéniques. Paris Médical, XXVII, 249-262, 1937.

- Sur la pathogénie de l'endométriose, Mémoire à paraitre dans les Ann. Anat. Path. Manuscrit obligeamment communiqué par l'auteur.

314. GRICOUROFF G. - Sur l'endométriose des ganglions pelviens. (A propos des cancers du col utérin). Bull. Ass. franç. Et. Cancer, Juil.Sept. 1962, 49, n° 3, 292-299 (Bibliogr.)

315. GRIMES A.E. - Endometriosis with particular reference to involvement of the sigmoid. - Kentucky M.J. 48, 20, 1950.

316. GRIMOUD et Coll. - Les pièges de l'endométriose - Toulouse Médical, 63, 811, Oct. 1962.

317. GROSS F. - Endometrioide Heterotopie am Colon sigmoideum im Stadium klimaterischer Rückbildung. Frankf. Ztschr. f. Path. XXXIII, 358-368, 1925.

318. GRUENWALD P. - Origin of endometriosis from mesenchyme walls Am. J. Obst. Gynec. 44, 470, 1942.

319. GRUNDMANN G. - Uber Vorkommen und bedeutung endometrioiden Gewebes in der Wand von Teercysten des Ovariums beim Weibe. Inaug. Diss. Leipzig 1933.

320. GUFF P.E. und Mitarb. - Amer. J. Obst. 56, 1059, 1948.

321. GUTZELT R. - Zbl. Gynäk. 559, 1948.

322. GUIAS H., MINET J. and DUPERRAT B. - Endométriose de la jonction recto- sigmoidiènne ayant simulé un néoplasme. - Abstract in J. Obst. Gynaec. Brit. Imp. 54, 132, 1947.

323. HAAS R.L. - Some practical considerations about endometriosis J. Michigan M. Soc. 47, 1377, 1948.

324. HAAS R.L. - Pregnancy following conservative operation for endometriosis. Surg. Gynec. Obst. 93, 459, 1951.

325. HABBE K. - Uber einen Fall von endometrioider Wucherung am Nabel mit Schweiss Drüsen Wucherung mit Betrachtungen über die Genese. Zentralbl. f. Gynäk. 55, 1204-1280, 1931.

326. HALBAN J. - Hysteroadenosis metastica. Die lymphogene Genese der sogenannten Adenofibromatosis heterotopica. Arch. f. Gynäk CXXIV, 457-482, 1925. (Eingegangen am 22. November 1924)

- Zur Diagnose der Adenomyosis und der Adenomyome der Gebärmutter. Zbl. f. Gynäk. 961-963, 1932.

327. HALDER V. - Münch. Med. Wschr. p. 1949, 1952.

328. HAMILTON H.G. et Al. - Experimental studies on proteolitic enzymes in the endometrium of pregnancy to explain certain clinical phenomena in endometriosis. Am. J. Obst. Gynec. 60, 251, 1950.

329. HANSER R. - Carcinom. auf der Basis ausgedehnter Endometriose. Ztschr. f. Krebsforsch. XLIII, 306-322, 1936.

330. HANSMANN G.H. and SCHENKEN J.R. - Endometriosis of lumph nodes. Am. J. Obst. Gynec. XXV, 572-576, 1933.

331. HARBITZ H.F. - Clinical pathogenic and experimental investigations of endometriosis especially regarding the localisation in abdominal wall (laparotomie) with a contribution to the study of experimental transplantations of endometrium. Acta Chir. Scand. LXXIV, Supp. 30.

332. HART C. - Histologycally benign metastases with the structure of a adenomyoma 22 years after extirpation of a tumor of the genitals. Frankfurt Ztschr. Path. 10, 78, 1912.

333. HARTZ P.H. - Occurence of decidua like tissu in the lung. Am. J. Clin. Path. 26, 48, 1956.

334. HASELHORST G. - Zur Klinik der endometrioiden heterotopien (Adenomyosis) beim geschlechtreifen Weibe. Dtsch. Med. Wschr. XI, 1304-1306, 1929.

- Hydronephrose nach Ureterkompression, durcheine Endometriose des Parametriums. Zbl. Gynäk, 337-342, 1933.

335. - HASELHORST G. und OTTO K. - Zur Genese der endometrioiden Heterotopien in Laparotomie Narben. Zeitsch. f. Geburst.u. Gynäk, XCVII, 193-258, 1930.

336. HASELHORST G. - Zur Genese der Blasenendometriose. Zentralbl. f. Gynäk, 3023-3029, 1933.

337. HAUCK A.E. - Endométriose du colon simulant un cancer. Ann. Surg. Juin 1960, 151, n°6, 896-902, 6 fig. (Bibliogr.)

338. HAUSER H. - Ein Fall von Ureterkompression durch endometriosis externa. Zentralbl. f. Gynäk, LXII, 529-525, 1938.

339. HAUTHORNE H.R., KIMBROUGH R.A. and DAVIS H.C. - Concomitant Endometriosis and Carcinoma of the Rectosigmoide. Am. J. Obst. Gynec. 62- 681, 1951.

340. HAWK G.W. and KARR P.B. - Endometriosis. Guthrie Clin. Bull. 20, 18, 1952.

341. HAYDON G.B. - Am. J. Obst. Gynec. 43, 704, 1942.

342. HAYS R.A. and PORTMANN U.V. - Endometriosis : its management and end result. Am. J. Roant. Genol. 66, 773, 1951.

343. HEALEY J.J. - Bilateral Endometriosis of Vulva. Am. J. Obst. Gynec. 62, 581, 1951.

344. HEALY H. - Adenomyoma of the rectovaginal septum, association with pregnancy radium treatment, apperent recurrence, adenomyoma of the uterus, relation to malignancy. Surg. Gynec. et Obst. XXXIX, 626-635, 1924.

345. HEANEY N.S. - Adenomas of endometrial origin in the laparotomy scars following incision of the pregnant uterus. Trans. of the Amer. Gynec. Soc. L. 224-227, 1925.

346. HEINDENREICH A., SILVA M.A.C. et VALENZUELA R.E. - Ulcère simple et endométriose de l'iléon. - Prensa Med. Argent. 28 Déc. 1962, 49, n°52, 2692-2695 (Bibliogr.)

347. HEIDLER H. - Klinik der Endometriose. Wien Klin. Wschr. I, 467-471, 1934

348. HEIDLER H. - Wien Med. Wschr. 48-50, 1952.

349. HEIM K. - Die Frage nach dem Ursprung der endometrioiden Heteropien beim Geschlechtstreifen Weibe. Beiheft. Monat F. Gebe u. Gynäk. 105, 1929.

350. HEIM K. - Zur Pathogenese der Endometriosis. Vorträgen und Diskussionen des Internaationaal Congres voor Verleskunde en Gynecologie. Amsterdam II, 259-262, 1938.
- Endometriosis. Ber. U. die Ges. Gynäk u. Geburtsh. XVII 631-671, 1930.

- Umschriebene Adenomyosis der unteren Scheidee Zbl. f. Gynäk, 41-46, 1931.

- Uber die Entwicklung der Endometriose an Ort und Stelle. Arch. f. Gynäk CLII, 269-311, 1933.

351. HEIM K. - Zbl. Gynäk 438, 1947.

352. HEIMANN F. und KOENIGSHOEBER L. - Adenofibrosis ovarii endometrioides. Pathologie und Klinik.Ztschr. Geburtsh. u. Gynäk. CVIII, 138-161, 1934.

353. HEINEBERG A. - The use of radium in the treatment of endometrioma of the rectovaginal septum. Am. J. Obst. Gynec. XIV, 235-239, 287-288, 1927.

354. HELLENDALL H. - L'endométriosis du vagin. Zentralbl. f. Gyn. LVII, n° 48, 2854-2856, 1933.

355. HELPAP B. - Traitement de l'endométriose par l'acétate d'éthinylortestostérone. Geburtsh., Frauenh., Juin 1963 23, n° 6, 539-544 (Bibliogr.)

356. HEMIKSEN E. - Endometriosis. Am. J. Surgery. 90, 331, 1951

357. HENNIG - Sur un cas d'endométriose de la vessie. Wiener Kli. Woch. 54, 36, 750-751, 1941.

358. HENRICHSON E. - Primary Endometriosis of the urinary bladder J.A.M.A. 104, 1401-1403, 1935.

359. HENRIKSEN E. J.A.M.A. 104, 1401, 1935.

360. HENRIQUES J. - Adenocarcynoma do Coto restante post-endometriose da Cervice uterina. Rev. Pernambucana Matern Infancia. 3, 181, 1950.
- Abstract in Exc. Med. Section X Obst. Gynec. 4, 375, 1951.

361. HENRY J.S. - An endometrial growth in the right labium majus Surg. Gyn. Obst. XLIV, 637-645, 1927.

362. HENRY E., MONTIES J.R. et FIGARELLA J.- Marseille Chirurgical, Mai/Juin 1962.

363. HENRY E, MONTIES J.R. et FIGARELLA J. - A propos d'un endométriome du colon sigmoide (plusieurs autres articles avec localisations diverses). Marseille Chirurgical Janv. 1962.

364. HEPP J.A. - J. Internation. Coll. Surgeons. 18, 337, 1952.

365. HERBERZ O. - Zur Kasuistik der Nabelendometriosen. Monat. Schr. f. Gebentch. u. Gynäk, 95, 259-269, 1933.

366. HERBUT P.A. - Urologie Pathology. Philadelphia Lea. and Febiger. Vol. I, 263, 1952.

367. HERD S.B. - An investigation of the abnormal developpement of endometrial tissue within the female pelvis. J. Obst. and Gyn. Brit. Emp. XXXII, 649-678, 1925.

368. HERMSTEIN A. - Durchbruch einer Ovarialendometriosis in die Scheide. Zbl. f. Gynäk, 135-140, 1929.

369. HERVET E. - Une hysterographie au lipiodol caractéristique d'endométriose utérine, Gynec. et Obst. 47, 385, 1948.

- Abstract in Exc. Med. Section X Obst. Gynec. 2, 228,1949

370. HERVET E. and BOURDON R. - Endometriose utérine avec signes d'examen au lipiodol. J. Radiol. et Electrol. 30, 131,1949

371. HERXHEIMER G. - Bietr. Radiol Anat. und Allg. Path. 41, 348 1907.

372. HEYNEMANN Th. - Zur Klinik der Endometriose. Zbl. f. Gynäk LXIII, 17, 1939.

373. HIGGINS C.C. and STEARNS E.E. - Cleveland Clin. Cart. 20, 333, 1953.

374. HILL Jr. L.L. - Aberrant endometrium. Am. J. Surg. XVIII, 303-321, 1932.

375. HILL J.H. - Fibromyosis uteri : endometrial type. Arch. Path Arch. Path. 43, 527, 1947.

376. HINSELMANN H. - Zur klinischen Diagnose der Adenofibrosis vaginalis fornicalis. Ztschr. f. Geburtsh. u. Gynäk. XIX 498-503, 1927.

377. HIRSCH. Contribution à l'étude de l'endométriose - Thèse de Nancy, 1939.

378. HIRST J.C. - Conservative treatment and therapeutic test for endometriosis by endrogens. Am. J. Obst. Gynec. 53, 483, 1947.

379. HOANG THUY BA - Contribution à l'étude des endométriomes recto vaginaux - Thèse de Paris en 1927.

380. HOBBS J.E. and BORTNICK A.R. - Endometriosis of the lung. Am. J. Obst. Gynec. 40, 832, 1940.

381. HOFFMANN F. - Geburtsh. u. Frauenkl. 806, 1948.

382. HOFMESTIER F.J. and GRINNEY L.R. - Endometriosis - Lancet 72, 296, 1952.

383. HOLLMANN W. - Uber das Vorkommen von Uterusschleimhaut in der Leistenbenge Brun. Beitr. Klin. Chir. 135-84-94, 1925.

384. HOLMES W.R. - In Meigs and Sturgis. Progress in Gynecology Ed. II New-York Ed. Grün and Stratton 450-460, 1950.

385. HOMMA H. - Endometriose und Schleimdrüsenbildung. Zbl. f. Gynäk. LXII, 2115-2116, 1928.

386. HORANYI J., STEFANICS J. et FARKAS I. - L'endométriose ombilicale. Chirurg. Juin 1962, 33, n° 6, 251-253 (Bibliogr.)

387. HOSOI K. and MEEKER L.H. - Endometriosis. Arch. Surg. XVIII 63-99, 1929.

388. HOUEL - Endométriose. E.M.C. Gyn. I., 146 B. 10.

389. HOUXTHAL u. Mitarb. - New. Engl. J. Med. 274, 339, 1952.

390. HOWKINS J. - Endométriose. Practitioner, sept. 1960, 185, n° 1107, 265-270 (Bibliogr.)

391. HUBER H. - Myom sterilität und Fertilität. Zbl. f. Gynäk. LXIII, 760-787, 1939.

392. HUBER H. Zbl. f. Gynäk 1628, 1952.

393. HUBER P.C. - A clinical Aspects of the Menagement of Endometriosis. Minnessota Med. 32, 1086, 1949.

394. HUBER C.P. - Endometriosis. Nebrasca M.J. 36, 87, 1951.

395. HUDNALL-WARE H. - Am. J. Obst. Gynec. 59, 715, 1950.

396. HUFFMANN J.W. - External Endometriosis. Am. J. Obst. Gynec. 62, 1243, 1951.

397. HUGHESDON P.E. - Adenofibroma of ovary with partial differenciation to endometriosis. Proc. Roy. Soc. Med. 42, 62 1949.

398. HUHN F.O. - "Inclusions glandulaires" dans les ganglions du petit bassin et endométriose. Geburtsh. Frauenh.Avr. 1962 22, n° 4, 335-346, 8 fig. (Bibliogr.)

399. HUNTER R. and KLEIN J. - Am. J. Obst. Gynec. 67, 1127, 1954

400. HUNTER W.C. - Endométriose du stroma utérin (stromatose). Nouveaux exemples, variantes et évolution. Comparaison avec un cas d'hémangiopéricytome observépersonnellement. Am. J. Obst. Gyn. 15 Juin 1962, 83, n° 12, 1564-1573, 6 fig. (Bibliogr.)

401. HUNTER W.C. and SMITH L.L. and REINER W.C. - Uterine Adenomyosis. Am. J. Obst. Gynec. 53, 663, 1947.

402. HURXTHAL L.M. and ARNOLD W.T. - Conservative treatment for Endometriosis with Diethilstilbestrol . Lahey Clin. Bull. 6, 38, 1950.

403. HURXTHAL L.M. and ARNOLD W.T. - The effects of prolonged theraphy with Diethilstilbestrol upon the endometrium. Lahey Clin. Bull. 6, 80, 1950.

404. HURXTHAL L.M. and SMITH A.T. - Treatment of Endometriosis and other Gynecologic condistions with large doses of estrogens. New-England Gy. Med. 247, 339, 1952.

405. HUSSY - Guérison spontanée de l'endométriose interne. Oberrheinische Gesell. f. Geb. u. Gyn. Freiburg, 1933. C.R. in Zent. f. Gyn. n° 47, 2818, 1933.

406. ISIDOR P. - Adenomyose tubaire et grossesse extra-utérine Ann. Anat. Path. XIV, 162-164, 1937.

- De l'origine folliculaire possible de certains kystes hématiques endométrioides de l'ovaire. Gynécologie, III, 142-152, 1937.

407. IRONS W.E. and all. Endometrioma of the Cecum - Report of a case. Proc. Staff. Meet. Mayo Clin. 22, 530, 1947.

408. IVANOFF N.S. - Monat Schr. Geburtsh. u. Gynāk, 7, 295,1898

409. JACOBSEN V.C. - Ectopic Endometriosis. Am. J. Path. 3, 554 1927.

410. JACOBSEN V.C. - Fate of endometrial emboli in the veinous circulation of the rabbit. Arch. Path. XV, 1-7, 1933.

- Experimental endometrial embolism in the rabbit. Proc. Soc. Exper. Biol. a. Med. XXX, 56-57, 1932.

411. JAHIER H., LAFFARGUE P., GAUTRAY J.P. et JAHIER J. - Les endométriomes du col utérin. Gynec. Obst. Oct.-Dec. 1961, 60, n°5, 606-616 (Bibliogr.)

412. JASCHKE von R.T. - Zur Symptomatologie und Diagnose der Endometriosis interna. Zbl. f. Gynāk 1858-1859, 1933.

413. JASPER, WILLIAMS, JAMES, WILLIAMS, WINSTON, HARPER - Thoracic Endometriosis. Am. J. Obst. Gynec. 84,1512-1515, 1962

414. JAVERT C.T. - Pathogenesis based on Endometrial Homeoplasia. direct extension, exfoliation and implantation lymphatic and hematogenous Metastasis - Cancer 2, 399, 1949.

415. JAVERT C.T. - Pathogenesis of endometriosis - Cancer 2, 399, 1949.

416. JAVERT C.T. - Observations on the patology and spread of Endometriosis based on the theory of benign metastasis. Am. J. Obst. Gynec. 62, 477, 1951.

417. JAVERT C.T. - Spread of endometriosis by benign Metastasis Am. J. Obst. Gynec. 63, 479, 1951.

418. JAVERT C.T. - The spread of benign and malignant endometrium in lymphatic system with a note on coexisting vascular in vulvement. Am. J. Obst. Gynec. 64, 780, 1952.

419. JAVERT C.T. and HOFFMANN K. - Endometrial Adenocarcinoma Cancer. 5, 485, 1952.

420. JAYLE E. - Le solenome de l'intestin (rectum excepté). Rev. Franç. Gynec. Obst. XXII, 365-408, 1927.

421. JAYLE E. - Le solénome ou myosolénome de l'utérus. Rev. Fr. Gynec. Obst. XXIII, 257-350, 1928.

422. JAYLE E. - Le solénome du ventre de la femme (myosolénome, fibrosolénome, solénome kystique) Presse Méd. XLII, 1871-1873, 1934.

423. JEFFCOAT T.N.A. and POTTER A.L. - Endometriosis as manifestation of ovarian disfunction. J. Obst. and Gynec. Brit. Emp. XLI, YIR-707, 1934.

424. JEFFCOAT T.N.A. - Pyrexia as a sign of endometriosis, J. Obst. Gyn. Brit. Emp. 54, 858, 1947.

425. LICHTENHELD F.R. - McGAULEY R.T. et STAPLES P.P. - Endométriose intéressant l'appareil urinaire. Obst. and Gynec. Juin 1961, 17, 762, in Internat. Surg. Dig. Oct. 1961, 7? n° 10, 637-638.

426. JOACHIMOVITS R. - Spontaneous Endometriosis in the ovary of Woman and Ape. Zentralbl. Gynäk. 54, 1419-1422, 1930.

427. JOHNSTONE R.W. - Adenomyoma of the uterus with tuberculose infection. J. Obst. Gynec. Brit. Emp. XXXI 243-250, 1934

428. JOSEPH E. - Endometriose der Harnblase. Zentralbl. f.Chir. 57, 113-115, 1930.

429. JOSSELIN de JONG (R. de) - Zur Kenntnis der Peritonealen Adenomatose, Respektiv Adenomyomatose des Darmes. Virchows Arch. CCL 611-630, 1924.

430. JOSSELIN de JONG (R. de) - de SNOO K. - Uber die Endometriosen des Weiblishen Geniralapparates (ein Beitrag zur Kenntnis der heterotopen Wucherungen vom Bau der Uterusschleimhaut) Virchows Arch. CCLVII, 2395, 1925.

431. JOYEUX R. - Sur six cas d'endométriose "extériorisée". Gaz. Méd. France, 25 Nov. 1962, n° 22, 3191-3196.

432. JUDD E. and STARR - Adenomyomata presenting as a tumor of the Bladder. Surg. Clin. Nord Amer. 1, 1, 1921.

433. JUDD E.S. - Surg. Clin. Nord Amer. 1, 1271-1278, 1921.

434. KAHANPAA V. - Uber die Pathogenese der Ovariendometriose. Acta Obst. Gynec. Scand. 26, 139, 1946.
- Abstract in Am. J. Obst. Gynec. 53, 894, 1947.

435. KAHLE P.J., VICKERY G.W. et MALTRY E. - Endometriosis of urinary bladder. Report of two additional cases. J. of Urol. 46, 52-56, 1941.

436. KAHN M. - Endometriosis of the ileum. Surg. Clin. North-Am. II, 1049-1054, 1931.

437. KALKSCHMID W. - Localisation rare de l'endométriose externe extrapéritonéale. Presse Médicale. 90, 2042, Déc. 1957.

438. KANEVSKAIA A.I. et SALVINE J.M. - L'endométriose maligne. Akouchers tvo i Guinek (Moscou) 1960, n°3, 42-47 (Biblio).

439. KARNAKY K.J. - The use of Stilbestrol for Endometriosis. South Med. J. 41, 1109, 1948.

440. KATZ A.B. - Endometriosis of the Ileum. Am. J. Digest Dis. 15, 162, 1948.

441. KEARNS P.J. - Management and treatment of Pelvic endometriosis. Canada M. A. J. 62, 176, 1950.

442. KEEN F.E. - Perforating ovarian cysts with invasion of the bladder wall. Am. J. Obst. Gynec. 10, 619-625, 1925.

443. KEENE F.E. and KIMBROUGH R.A. Jr. - Endometriosis. A review based on the study of 180 cases. 95, 1164-1168, 1930.

444. KEETEL W.C. and all. - Stromal Endometriosis. Lancet. 69, 261, 1949.

445. KEETEL W.C. and STEIN R.J. - Viability of the case of menstrual endometrium. Am. J. Obst. Gynec. 61, 440, 1951.

446. KELLE F.J. and SCHLADEMANN K.R. - Surg.Gynec. Obst. 88, 2 280, 1949.

447. KELLER et FOBE - Endométriome intestinal. Résection iléo-coecale. Cinq ans plus tard, récidive dans une hernie épiploique. Gynécologie XXXVI, 17-23, 1937.

448. KELLER B., ESCHBACH J. et TOUSSAINT P. - Un cas d'endométriose utérine post-opératoire. Bull. Féd. Soc. Gyn. Obst. Juin-Juill. 1960, 12, n°3, 329-331.

449. KELLY F.J. and SCHLADEMAN K.R. - Endometriosis. Its surgical significance. Surg. Gynec. Obst. 88, 230, 1949.

450. KEMPERS R.D., DOCKERTY M.B. et SYMMONDS R.E. - Endométriose postménopausique importante. Surg. Gyn. Obst., Sept. 1960, 111, n°3, 348-356 (Bibliogr.)

451. KIMBALL L.O. and REEVES W. - Endometriosis following perforation of uterus. Am. J. Obst. Gynec. 73, 422, 1957.

452. KINDEL A. - Zbl. Gynäk. 1204, 1948.

453. KING E.S.J. - The association of endometriosis with neoplasm of the ovary. Surg. Gynec. et Obst. XLIX, 433-439, 1929.

454. KING E.S.J. - The morphological similarity of certain luteal cysts and endometriosis of the ovarii. Surg. Gynec. Obst. L, 1-9, 1930.

455. KING E.S.J. - The origin of endometriosis of the ovarii. Surg. Gynec. Obst. LIII, 22-39, 1931.

456. KING W.W. - The clinical symptoms of pelvic adenomyomata. Brit. Med. J. 573-575, 1924.

457. KINNUNEN O. - Acta Chir. et Gynec. 41, 55-59, 1952.

458. KIRK E.W. - Endometrioma in the posterior half of the labium majus. J. Obst. Gynaec. Brit. Emp. 57, 237, 1950.

459. KIRSHNER H. - Eine seltene Lokalisation der Adenomyose. Zbl. f. Chir. LX, 2181-2185, 1933.

460. KISHKOVSKY A.N. et BASKAKOV V.P. - Diagnostic radiologique de l'endométriose pulmonaire. Vestnik Roentgenol. (Moscou) Juil-Aout 1963, n° 4, 44-46 (Bibliogr.)

461. KISTNER R.W. and YOUNGE P.A. - Endometriosis occuring in a vagino perineal fistula. Am. J. Obst. Gynec. 63, 455, 1952.

462. KISTNER R.W. and HERTIG A.T. - Primary adenoacanthoma of the ovary. Cancer. 5, 1134, 1952.

463. KISTNER R.W. - Infertilité et endométriose ; plan de traitement. Fertility Sterility, Mai-Juin 1962, 13, 237, in Internat. Surg. Dig. Oct. 1962, 71, n° 10, 559.

464. KLEINE H.O. - Endometrioide Heterotopie als Ursache einer superfiziellen Ovariale Gravidität. Arch. f. Gynäk. CXLV, 762-769, 1931.

465. KLEINE H.O. - Genese und Klinik der Endometriosis. Klin. Wchschr. XIII, 23-26, 1934.

466. KLEINE H.O. - Das Krankheitsbild der Endometriosis. München Med. Wchschr. 1425, 1935.

467. KLEINE H.O. - Extra uterine Endometrioide. Wucherungen als Ursache diagnosticher Irrtümer. Ztschr. f. Geburtsh. CIV 490-498, 1935.

468. KLEINSCHMIDT H.J. - Un cas de cancérosarcome du corps utérin avec infiltration tumorale d'une endométriose interne coexistante. Zbl. Gyn. 24 sept. 1960, n° 39, 1493-1499. (Bibliogr.)

469. KLUVER H. and BARTELMEZ G.W. - Endometriosis in a Rhesus Monkey. Surg. Gynec. Obst. 92, 650, 1951.

470. KOHLER H. - Uber Blasendometriosen. Zbl. Gynäk 57, 1762-1776, 1933.

471. KOHORN E.I. - Complications neurologiques de l'endométriose (sciatique par endométriose du péritoine pelvien) Proc. Roy. Soc. Med. Oct. 1963, 56, n° 10, 874-875 (Bibliogr.)

472. KOHOUT E. - Mucocèle de l'appendice par endométriose. Am. J. Obst. Gyn. Juin 1960, 79, n° 6, 1181-1183 (Bibliogr.)

473. KOLLER O. et RYGH O. - Un cas d'endométriose du stroma ayant pour origine une endométriose ovarienne. Acta Obst. Gyn. Scand., 1960, 39, n°1, 178-183 (Bibliogr.)

474. KOLONJA S. und ULM R. - Arch. Gynäk, Bd. 182, H. 4, 404.

475. KOLONJA S. - Arch. Gynäk. Bd. 182 N. 2/3, 325.

476. KOLONJA S. and ULM R. - Zur Entstehung und Behandlung der Blasenendometriose. Zentralbl. Gynäk, 73, 1439, 1951. - Abstract in Exc. Med. Section X Obst. Gynec. 5, 210,1952.

477. KONJETZNY G.E. - Zur Kenntnis der heterotopen Endometriosis des Dickdarms. Chir. VII, 279-287, 1935.

478. KOSSMAN R. - Arch. Gynäk. 54, 359, 1897.

479. KRATZER G.L. and SALVATI E.P. - Collective Review of Endometriosis of the Colon. Im. J. Surg. 90, 866, 1955.

480. KRATZER G.L., SALVATI E.P. et HAMANDI W.J. - L'endométriose du côlon. Am. J. Surg. Sept. 1960, 100, n°3, 381-383.

481. KRAUSSOLD - Zbl. Gynäk. 668, 1953.

482. KRETSCHMER H.L. - Endometriosis of the Bladder. J. Urol. (Balt.) 53, 459, 1945.

483. KROEMER - Klinische und anatomische Untersuchungen über den Gebermutterkrebs. Arch. f. Gynäk. LXV, 626-736, 1902.

484. KROHN P.L. - Endometriosis and supernumerary Ectopic ovarian tissue in a Rhesus Monkey. J. Obst. Gynaec. Brit.Emp. 58, 430, 1951.

485. KUEHNER H.G. - Recurent adenomyoma of the uterus. Am. J. Med. Soc. CLXII, 424, 1921.

486. KUNZ M. - Beitrag zur Kenntnis der sogenannten Tiercysten des Ovariums. Inaug. Dissert. Basel 1934.

487. KUSS G. - A propos des endométrioses. Endométriomes ombilical. Adenomes sanglands de l'ombilic. Endométriomes du Douglas et tumeurs Wolffiennes probables de l'ovaire. Endométriomes du Douglas. Mem. Acad. de Chir. LXV, 973-988, 1939.

488. KUZMA J.F. - Ovarian Adenocanthoma Associated with Endometriosis on the ovary. Am. J. Obst. Gynec. 53, 245, 1947.

489. LAGACHE G. et GAUTIER P. - Forme occlusive d'une endométriose sigmoïdienne pseudo-néoplasique. Résection colique, castration chirurgicale. Bull. Féd. Soc. Gyn. Obst. Sept-Oct. 1963, 1963, 15, n°4, 507-508.

490. LAHM - Démonstrationen zur Adenomyosisfrage. Arch. f. Gynäk CXXXII, 345-347, 1927.

491. LAMARE J.P. LARGET M. et ISIDOR P. - L'endométriose de l'intestin (Contribution à la théorie métaplasique de Meyer. Ann. Anat. Path. XV, 623-633, 1938.

492. LAMARQUE P. - Stérilisation temporaire par les radiations. Rapport au Congrès Ass. Gyn. et Obst. Langue Française 1933. Gyn. et Obst. 88, 291, 1933.

493. LAMB W.K. - Endometriosis. California Med. 72, 113, 1950.

494. LANE R.E. - Endométriose de l'appendice. Am. J. Obst. Gyn. Fév. 1960, 79, n°2, 372-377 (Bibliogr.)

495. LANOS J. and BUSSER F. - Sur un cas de l'endométriose de l'ombilic. Bulletin et Mem. de la Soc. de Chir. de Paris. 25, 134-141, 1933.

496. LANSMAN H.H., LAPIN A. et BLAUSTEIN A. - Granulome pelvien par oxyures lié à l'endométriose. Am. J. Obst. Gyn. Juin 1960, 79, n°6, 1178-1180 (Bibliogr.)

497. LAPEYRE N.C. et ESTOR H. - Endométriomes dans un utérus double unicervical. Bull. Soc. Gynec. Obst. XXVIII, 104-106 1939.

498. LAPLANTE M., REMY M. et DEORME G. - Le problème de l'endométriose. Union Méd. Canada, Nov. 1962, 91, n°11, 1298-1301 (Bibliogr.)

499. LARDENNOIS - Sur les endométrioses du petit bassin. Mem. de l'acad. de Chir. LXIV, n°33, 1405, 1938.

500. LARDENNOIS T. - Sur les endométrioses du petit bassin. Mem. Acad. de Chir. LXIV, 1405-1409, 1939.

501. LAROYENNE, MARTIN J.P. et MEYSSONNIER - Endométriose de la région crurale. Gynec. Obst. XXI, 97-102, 1930.

502. LASH A.F. and LASH S.R. - Stromal myosis. Am. J. Obst. Gynec. 62, 1163, 1951.

503. LASH A.F. and RAPPAPORT H. - Primary endometriosis of the Cervis uteri. Surg. Gynec. Obst. 77, 576, 1943.

504. LATCHER J.W. - Endometriosis of Umbilicus. Am. J. Obst. Gynec. 66, 161, 1953.

505. LATTES R. and SHEPARD F. - A clinical and pathological Study of Endometriosis of the Lung. Surg. Gynec. Obst. 103, 552-558, 1956.

506. LAUCHE A. - Die Extragenitalen Epithelwuscherungen vom Bau der Uterusschleimhaut (Fibroadenomatosis ceroepitheliasis) Virschows Arch. CCXLIIIn 298-372, 1923.

507. LAUCHE A. - Zur Frage der Entstehung der heterotopen Wucherungen vom Bau der Uterusschleimhaut. Zentralbl. f. Allg. Path. u. Path. Anat. XXXV, 676-685, 1924.

508. LAUCHE A. - Die Heterotopien des Ortsghörigen Epithels im Bereich des verdauungs Kanals. Virschows Arch. CCLII, 39-88, 1924.

509. LAUCHE A. - Uber die Heterotopen Wucherungen vom der Uterusschleimhaut. Ein kritischer Sammelbericht. Monatschr. f. Geburtsh. u. Gynäk. LXVIII, 113-122, 1925.

510. LAUMONNIER - Les endométriomes du périnée. Thèse de Paris 1939.

511. LAX H. - Le traitement de l'endométriose avec des androgènes et des gestagènes. Zbl. Gyn., 1er Avr. 1961, 83, n° 13, 524-531 (Bibliogr.)

512. LEAN M. - Endométriose du gros intestin. Canadian Med. Ass. Jal. 253, 1936.

513. LEBHERZ T.D. et FOBES C.D. - Traitement de l'endométriose par la nor-progestérone. Am. J. Obst. Gyn Janv. 1961, 81 n° 1, 102-110, 9 fig., 7 tabl. (Bibliogr.)

514. LECENE P. - Les adénomyomes de la portion inguinale du ligament rond. Ann. de Gynec. VI, 734-749, 1909.

515. LEFFLER R.J. - Endometriosis of the Omentum suggesting origin in celomic mesoderm. Am. J. Obst. Gynec. 62, 1148, 1951

516. LEGER L. - Absence de vagin et endométriose génitale. Mem. Acad. Chir. 77, 183, 1951.

517. LEHFELDT H. - Primary Endometriosis of the cervix uteri. Rudolf Virchow. Med. Soc. of New-York, 14, 79, 1955.

518. LEITNER M.J. and REESE E.C. - Endometriosis of the lower Bowel. Am. J. Proct. 2, 15, 1951.

519. LENA A., ODDO R. et BONNEAU H. - Endométriose à double localisation tubaire et pariétale après intervention sur le petit bassin. Bull. Féd. Soc. Gyn. Obst., Aout-Oct. 1960, 12, n° 4, 399-401, 1 fig.

520. LEROUX R et MALGRAS P. - Endométriome de la paroie coecale. Ann. Anat. Path. XV, 926-927, 1938.

521. LETULLE M. - Anatomie pathologique . III, Masson, éd. Paris 1931.

522. LEVERTON J.C.S. - Uterus didelphys with Endometriosis. Obst. Gynec. 1, 681, 1953.

523. LEVEUF J. HERRENSCHMIDT A. et GODARD H. - L'envahissement des ganglions dans les cancers du col de l'utérus. Bull. Assoc. Franç. pour l'Etude du cancer. XXII, 239-284, 1933

524. LEVI A.A. - Ovarian conservation during Surgery with reference to bi-lateral dermoids and Endometriosis. New-England J. Med. 238, 83, 1948.

525. LICHTENHELD F.R., McCAULEY R.T. et STAPLES P.P. - Endométriose intéressant l'appareil urinaire. Obst. and Gynec. Juin 1961, 17, 762, in 8nternat. Surg. Dig. Oct. 1961, 70, n° 10, 637-638.

526. LIMBURG H. - Zbl. Gynäk. 309, 1949.

527. LITVINOV L. et FASOLINO G. - Endométriose appendiculaire. Semana Méd. 28 Mai 1962, 69, n° 3669, 1247-1250 (Bibliogr)

528. LOCHRANE C.D. - Decidual reaction in diffuse endometrioma of the pregmant uterus. J. Obst. Gynec. Brit. Emp. XXX, 443-446, 1923.

529. LOCK F.R. and MYERS R.T. - Endometriosis in association with pregnancy. Am. J. Obst. Gynec. 52, 556, 1946.

530. LOEB L., SUNTZEFF V. and BURNS E.L. - Growth processus induced by oestrogenic hormones in the uterus of the mouse. Am. J. Cancer XXXIV, 413-427, 1938.

531. LONGWOOD D.W. - Endometriosis Heteropias of the Umbilicus. Am. Obst. Gynec. 23, 582-589, 1932.

532. LOUYOT J. - A propos du diagnostic clinique de l'endométriose pelvienne. Rev. Fran. Gyn. Obst. Fév. 1961, 56, n° 2, 139-144.

533. LUTHY F. - Uber angeborene Epithelenschlüsse im Lymphknoten. Virchows Arch. CCL, 30-40, 1924.

534. McALPINE J.A.S.B. - Cystoscopy and Urography Endometriosis of Bladder. 213-214, London, 1949.

535. McCAFEE C.H.G. et GREER H.L.H. - L'endométriose intestinale Une étude de 29 cas avec revue de la littérature. J. Obst. Gyn. Brit. Emp. Aout 1960, 67, n° 4, 539-556 (Bibliogr.)

536. McCOY J.B. et BRADFORD W.Z. - Traitement chirurgical de l'endométriose avec conservation du potentiel reproducteur Am. J. Obst. Gyn. 1er Oct. 1963, 87, n° 3, 394-398 (Bibl.)

537. McCREA L.E. - Clinical Cystoscopy Ed. II - Philadelphia F. A. Davis Company. 8, 253, 1949.

538. McCULLOUGH K., FROATS F.R. and FALK H.C. - Arch. Path. 41, 335, 1946.

539. McGOOGAN L.S. - Sterility and Endometriosis. Arch. Surg. 59, 437, 1949.

540. McGUFF P.E. and All. - Endometriosis as a cause of Ileal Obstruction. Am. J. Obst. Gynec. 56, 1059, 1948.

541. McGUFF P.E. and DOCKERTY M.B., WAUGH J.M. RANDALL L.M. - Endometriosis as a cause of intestinal obstruction. Surg. Gynec. Obst. 86, 273, 1948.

542. McGUFF P.E. and LOVELADY S.B. - Endometriosis of the cervix clinically simulating carcinoma. Portgrag. Med. 7, 287, 1950.

543. McKITTRICK J.B. - Endométriose du sigmoïde et du rectum. Endométriose de l'ovaire droit. New-England J.Med., 21 Sept. 1961, 265, n° 12, 599-602.

544. McLEOD D. - Endometriosis. A surgical problem. Brit. J.Surg. 34, 134, 109-116, 1946.

545. McLEOD D. - Clinical Aspect of endometriosis. Tr. M. Soc. London. 65, 214, 1949.

546. MADDING G.F. et KENNEDY P.A. - Endométriose. Un cas en faveur de la théorie de la métaplasie coelomique. J.A.M.A. 23 Fév. 1963, 183, n° 8, 686-688 (Bibliogr.)

547. MALCOLN B., DOCKERTY M.B. - Am. J. Obst. Gynec. 83, 175-179, 1962.

548. MANKIN Z.W. - Beiträge zur Lehre von den endometrioiden Heterotopien. Arch. Klin. Chir. 314-334, 1933.

549. MANKIN Z.W. - Beiträge sur Histogenese der Endometriome, mit Hinweis auf eine besonders selten vorkommende Lokalisation im mittleren Oberschenkeldritel. Arch. f. Gynäk. CLIX, 671-688, 1935.

550. MARCHAK R.H. and FRIEDMAN A.I. - Endometriosis of a large bowel treated with Testosterone. Gastro-Enterology. 14, 576, 1950.

551. MARCUS G.C. - Rapports entre l'adénomyose de l'utérus, l'hyperplasie de l'endomètre et le cancer endométrial. Am. J. Obst. Gyn., Aout 1961, 82, n° 2, 408-417, 8 fig. (Bibliog.)

552. MARKEE J.E. - Contributions to embryology. Carneg. Inst.Was. D.C. 28, 221, 1940.

553. MARSHAL V.F. - Endometrial tissue in Kidney. J.Urol. 50, 652, 1943.

554. MARTIN J.L., MICHON L. et PIGEAUD H. - Endometriome gravidique de la paroi abdominale. Presse Med. 565-567, 1933.

555. MARTIN S. - Vestiges embryonnaires du tractus génital femelle. Rôle dans le développement de certaines dystrophies et tumeurs. Thèse Faculté de Paris 1956.

556. MARTY G. - Une observation d'endométriose du mésosalpinx : projection de deux diapositives. Bull. Féd. Soc. Gyn. Obst. Sept-Oct. 1962, 14, n° 4, 502.

557. MARTY G. - Un faux signe de Cullen ou forme pseudo-grossesse ectopique rompue d'une endométriose ovarienne possible. Bull. Féd. Soc. Gyn. Obst. Sept-Oct. 1962, 14, n° 4, 502.

558. MARZIALE P. - Un cas rare d'endométriose du col de l'utérus. Clin. Ost. Gin. Av. 1960, 62, n°2, 74-80, 5 fig. (Bibliog.) Résumé français.

559. MASLOW L.A. and LEARNER A. - Endometriosis of kidney. J. Urol. 64, n°4, 564-566, 1950.

560. MASSE et all. - Treatment of endometriosis of the recto-vaginal septum by implantation to testosterone pellets. Compte-rendu Soc. Franç. Gynec. 26, 105, 1946.

561. MASSON J.C. - Ann. Surg. 192, 819, 1935.

562. MATHIEU J. - Les douleurs dans les malformations utérines. les rôles de l'endométriose et ses conséquences thérapeutiques. Gynec. Obst. 47, 159, 1948.
- Abstract in Exc. Med. Section X, Obst. Gynec. 2, 46,1949.

563. MATHIEU J. et VILLEDIEU P. - Traitement de l'endométriose par les progestatifs de synthèse (A propos d'un cas traité par le Noréthynodrel) Bull. Féd. Soc. Gyn. Obst. Niv. Déc. 1960, 12, n°5, 600-601.

564. MATHIEU J. et JOUVINROUX P. - Endométriose diffuse. Résection du nerf présacré pour douleurs de règles et stérilité Traitement par le noréthynodrel. Grossesse à terme. Bull. Féd. Soc. Gyn. Obst. Sept-Oct. 1963, 15, n°4, 512-513.

565. MATHUR B.B.L., SHAH B.S. et BHENDE Y.M. - Adénomyosis de l'utérus. Am. J. Obst. Gyn. 15 Déc. 1962, 84, n°12, 1820-1829, 6 fig. (Bibliogr.)

566. MATRY C. - Endométriome du rectum. Bull. Mem. Soc. Nat. de Chir. LVI, 712-729, 1930.

567. MATRY C. - Endométriome du rectum. Bull. Mem. Soc. Nat. de Chir. n°18, 712-719, 1930 - Rapport de P. Mocquot.

568. MATTINA A. - Endométriome du Douglas. Contrib. anatomo-pathologique et clinique. Ann. Obst. et Gyn. LI, n°2, 1929, 182-212.

569. MAURER E.R., SCHAAL J.A., MENDEZ F.L. - Pneumothorax spontané récidivant et chronique dû à une endométriose du diaphragme. J.A.M.A. 168, 15, 2013-2014, 1958.

570. MAYER A. - Uber Parametritis und Paravaginitis posterior mit heterotoper Epithelwucherung (Adenomyosis uteri et recti) Monatschr. f. Geburtsh. u. Gynäk. XLII, 405-438, 1915.

571. MAYEUR M.H. and ALEXANDER M.K. - Stromatoid mural sarcoma (Stromatous) Endometriosis. J. Obst. Gynaec. Brit. Emp. 58, 805, 1951.

572. MAXWELL J.P. and WHITEHEAD J.P.S. - Fibroadenoma of cervix with Adenomyosis of the uterin body. J. Obst. Gynaec.Brit. Emp. 56, 246, 1949.

573. MEASDAY B. - Endométriose épiploïque. Brit. Med. J., 11 Fév. 1961, n° 5223, 409.

574. MEIGS J.V. - Tumours of the female melvic organs. 1 Vol. The MacMillan C° Ed. New-York 1934.

575. MEIGS J.V. - Endometriosis. A possible etiological factor. Surg. Gynec. Obst. LXVII, 253-255, 1938.

576. MEIGS J.V. - Endometriosis. Ann. Surg. 127, 5, 795-809, 1949.

577. MEIGS J.V. - Endometriosis. Tr. Brit. Cong. Obst. Gynaec. 12, 99, 1949.

578. MEIGS J.V. - The medical Treatment of endometriosis and the significance of Endometriosis . Surg. Gynec. Obst. 89, 317 1949.

579. MEIGS J.V. - Il faut s'intéresser à l'endométriose et à ses conséquences.Am. J. Obst. Gynec. Av. 1960, 79, n° 4, 625-630, 6 tabl.

580. MESTITZ W. - Ursprung und Ausbreitungesweg des heterotopen Uteruseepithels. Arch. Gynäk. CXXX, 667-726, 1927.

581. MESTITZ W. - Heteroplasie der Tubenschleimhaut. Arch. f. Gynäk. CXXXI, 166-170, 1927-28.

582. METZ V. - Endométriose simulant un cancer du rectum. Arch. f. Gyn. CXLI, fasc. I, 143-146, 1930.

583. MEYER R. - Zentralbl. Gynäk. 47, 577, 1923.

584. MEYER R. and KITAI I. - Besser Kungen über Endometran Uteri in Anatomischer Beziehung. Zbl. f. Gynäk. 48, 2449, 1924.

585. MEYER R. - Adenomyosis, adenofibrosis und Adenomyom, in Stoeckel. W. Handbuch der Gynäkologie Bd. 6, 356-670, 1 Vol. von Bergmann Ed. München 1930.

586. MEYER R. - Die pathologische Anatomie der Gebärmutter, in Lubarsch (O) und Henke (F). Handbuch der speziellen pathologischen Anatomie und Histologie Bd. 7, 1 Teil, 1 Vol. J. Springer Ed. Berlin 1930.

587. MICHEL-BECHET R. - L'exégèse des ganglions lymphatiques par voie sous-péritonéale dans le traitement du kyste du col de l'utérus. Mem. Acad. de Chir. LXII, 926-933, 1936.

588. MICHOLITSCH Th. - Seltene Lokalisation einer Endometriose in einer Episiotomienarbe. Wien Med. Wschr. I, 725-726, 1933.

589. MICHON L. et COMTE H. - Les adenomyomes de l'espace recto-vaginal. A propos de 15 observations personnelles. J. de Chir. XXVII, 385-418, 1926.

590. MICHON L. et COMTE H. - Les théories pathogéniques de l'adénomyomatose. XIV, 298-318, 1926.

591. MICHON L. et COMTE H. - Les endométriomes ou adenomyomes du ligament rond. J. de Chir. XXXI, 182-204, 1928.

592. MICHON L. - L'endométriome de l'ovaire. Rev. Franç. de Gynécol. et d'Obst. XXV, 258-268, 1950.

593. MICHON et CONDAMIN - Endométriome de l'espace recto-vaginal avec polypes endométriaux du cul-de-sac postérieur et kyste endométrial de la lèvre postérieure. Lyon Chirurgical XXVIII, n° 5, 626, 1931.

594. MICHON L. and OLIVIER C. - Endométriose du grèle. Presse Med. 54, 534, 1946.
- Abstract in J. Obst. Gynaec Brit. Emp. 54, 131, 1947.

595. MIKULICZ-RADECKI F.V. - Uber Blasenendometriose. Zbl. f. Gynäk. 2530-2541, 1936.

596. MILLER J. -Die Krankheiten des Eierstockes in Lubarsch (O) und Henke (F). Handbuch der speziellen pathologischen Anatomie und Histologie. Bd. 7, Berlin,III, Teil, 1 Vol. J. Springer, Ed. Berlin 1937.

597. MILLER A. et Coll. - Adenocarcinoma arising in an endometrial cyst of the ovary. Am. J. Obst. Gynec. 54, 1022, 1947.

598. MILLS W.C. - Un traitement pour l'endométriose récidivante. J. Obst. Gyn. Brit. Commonw. Oct. 1962, 69, n°5, 795-798, (Bibliogr).

599. MINTZ W. - Das Nabeladenome. Arch. f. Clin. Chir. 89, 385-398, 1909.

600. MINTZ N. and GAINES J.A. - Endometriosis in a laparotomy scar. J.M. T. Sinai Hosp. 17, 613, 1951.

601. MOBBS G.A. et PEANNER D.W. - Endométriose du poumon. Lancet 2 Mars 1963, n°7279, 472-474 (Bibliogr).

602. MOCQUOT P., PALMER R., MORICARD R. et MAZINGARBE A.- Remarques à propos de quelques endométriomes. Mem. Acad. de Chir. LXV, 988-992, 1939.

603. MOCQUOT P. et HERVET E. - Rev. Franç. de Gyn. 43, n° 7, 1948.

604. MOCQUOT P. et HERVET E. - Endométriose des cornes utérines décelées par examen au lipiodol. Rev. Franç. Gynec. Obst. 43, 253, 1948.

605. MOCQUOT P. et MUSSET R. - Remarques sur la physiologie pathologique et l'évolution des endométrioses. Mem. Acad. Chir. 74, 282, 1948.
- Abstract in Exc. Med. Section X Obst. Gynec. 2, 441,1949.

006. MODAWI O. - Grossesse primaire des deux ovaires avec endométriose ovarienne. J. Obst. Gyn. Brit. Commonw. Aout 1962 69, n°4, 655-657, 6 fig. (Bibliogr.)

607. MOLONEY G.E. - Endometriosis of the groin. Brit. Med. J. 1, 435, 1949.

608. MONAT T.B. - Deux cas de sténose intestinale par tumeurs développées aux dépens de greffes de tissu utérin. The British J. Surg. XIV, n°53, 76-82, 1926.

609. MONDOR H. et OLIVIER C. - Endométriomes ovariens. Ann. Anat. Path. XV, 92-94, 1938.

610. MONDOR H. et MAZINGARBE - Endométriome ombilical. Mem. Acad. de Chir. LXV, 4-6, 1939.

611. MONGES H., PAYAN H. et MONGES A. - Sur l'endométriose de l'intestin grêle. A propos d'un cas d'endométriose étagée de l'iléon. Arch. Mal. App. Dig., Sept. 1960, 49, n°9, 1123-1132, 4 fig. (Bibliogr).

612. MONGES H., PAYAN H. et MONGES A. - L'endométriose intestinale. Gaz. Méd. France, 15 Oct. 1960, 67, n°20, 2045-2050 2 fig.

613. MONOD R. - Endométriome du septum recto-vaginal consécutif à une hystérectomie subtotale. Bull. Mem. Soc. Nat. Chir. Paris LVIII, 1500-1502, 1932.

614. MONTES M., BEAUTYMAN W. et HAIDAK G.L. - Endométriose cholestéatomateuse. Am. J. Obst. Gyn. Juil. 1961, 82, n°1, 119-123 (Bibliogr)

615. MOORE T.D., HERRING A.C. and McCANNEL D.A. - Some urologic aspects of endometriosis. J. Urol. 49, 171-177, 1943.

616. MORGERA P. - Endométriose du ligament rond de l'utérus. Rif. Med. 9 Mai 1962, 76, n°19, 547-550 (Bibliogr). Résuméfrançais.

617. MORSE et PERRY - Endométriome diffus pelvien comprimant les uretères. Am. J. Obst. Gynec. XVI, 38-43, 1928.

618. MOSS L.D. and RUNALS A.L. - Carcinoma of the Ovary arising in an endometrial cyst. New-York J. Med. 48, 401, 1948.

619. MOULONGUET P. - Un cas d'endométriome de l'ovaire. Bull. Soc. Obst. Gynec. 688-690, 1929.

620. MOULONGUET P. - Les diagnostics anatomocliniques de P.Lecene recueillis par ses élèves. Appareil génital de la femme 2ème partie, 1 Vol. Masson Ed. Paris 1932.

621. MOVERS F. - La fréquence de l'endométriose et de ses récidives. Geburtsh. Frauenh. Juin 1960, 20, n°6, 624-629, (Bibliogr).

622. MOVERS F. - Endométriose tubaire et sa répercussion sur la fertilité et la stérilité. Zbl. Gyn. 5 Oct. 1963, 85, n°40 1409-1414 (Bibliogr).

623. MULLER J. - Endometriose adenomatose und cystadenomatose der Harnblase. Arch. f. Klin. Chir. 145, 394-434, 1927.

624. MULLER J. - Zur Endometriose der Harnblase. Ztschr. f. Urol. 30, 723-734, 1936.

625. MUNTONI E. - Aspetti Chirurgici dell'Endometriosi. Arch. Ital. Chir. 69, 47, 1947.
- Abstract in Internat Abst. Surg. Gynec. Obst. 86, 465, 1948.

626. MURRAY E.G. - Les dérivés nor de la testostérone dans l'endométriose. Semana Méd., 26 Oct. 1961, 68, n°35, 1459-1463 (Bibliogr).

627. MURPHY E. - Endométriosis simulating tumors of the bowels. West. J. Surg. n°8, 78-83, 1938

628. MUSGROVE G.S. - Endometriosis of the umbilicus. Canad. Maj. 60, 401, 1949.

629. MUSSEY R.D. and WINFIELD L.B. - Symptoms of pelvic endometriosis. Am. J. Surg. XXX, 141-147, 1935.

630. NAVRATIL E. et KRAMER A. - Endometriose in der Armmuskulatur. Wien Klin. Wschr. XV, 64-65, 1936.

631. NAVRATIL E. et KRAMER A. - Wien Klin. Wschr. 15, 1765,1936.

632. NAVRATIL E. - Beitrag zur Frage der Extremitätendometriosen Auszugweise vorgetragen in der Geb. Gyn. Gesellschaft in Wien am 14.11.1939.

633. NAVRATIL E. - Ureteral Obstruction due to Extensive Pelvic Endometriosis. Wien Klin. Wschr. 41, 661-666, 1946.

634. NAVRATIL E. - Primare Endometriose der Partio. Gynaecologia
- Abstract in Exc. Med. Section X Obst. Gynec. 3, 452,1950.

635. NELSON H.M. and FANDRICH T.S. - Rupture of an Endometriosis during pregnancy. J. Michigan M. Soc. 49, 1089, 1950.

636. NEUMANN H.O. - Salpingitis isthmica nodosa und adenomyosis tubae. Mit einer embryoligischen Studies über die Entwicklung der Eileiter. Arch. f. Gynäk. CXXXIX, 358-412, 1929.

637. NEUMANN H.O. - Zur Pathologie und Klinik der Adenomyosis. Arch. f. Gynäk. CLII, 579-654, 1933.

638. NEUMANN H.O. - Die Krankheiten der Uterusbänder einschliesslich Beckenbindegewebe in Henke (F) und Lubarsch (O). Handbuch der speziellen pathologischen Anatomie und Histologie Bd. 7, II Teil, 1 Vol., J. Springer Ed. Berlin 1933.

639. NEUMEYER G. - Die Endometriose des Darms. Zbl. inn. Med. 97-104, 1933.

640. NEWMAN G.T. - Endometriosis. J. M. Soc. New-Jersey, 47,279, 1950.

641. NEZHADI A. - Coelioscopie dans l'endométriose. Thèse Paris 1961.

642. NICHOLSON H. - Endometriosis of the Pleura. Thorax, 6, 75-81, 1951.

643. NIEMINEN U. - Etudes sur l'aspect vasculaire de l'endomètre ectopique avec référence spéciale aux variations cycliques (endométriose) - Acta Obst. Gyn. Scand. 1962, 41, supp. 3, 9-81, 24 fig. (Bibliogr.)

644. NICOD J.L. - Endométriose cytogène. Ann. Anat. Path. 5 (Nle série) 475-483, 1960.

645. NIXON W.C.H. - Endometriosis of the Bladder. The Lancet 238, n° 6079, 405-406, 1940.

646. NORDIO A. - Possibilita di Gravidenza extra uterina nelle Endometriosi ovari: Arch. Ostet. e Ginec. 59, 357, 1946.

- Abstract in G. Obst. Gynaec. Brit. Emp. 54, 885, 1947.

647. NORMANN P. et LEVANDER - The Pathogenesis of Endometriosis Acta Obst. Gyne. Scand. 34, 366-398, 1955.

648. NORWOOD G.E. - Pregnancy after conservative surgery for Endometriosis. Ann. West Med. Surg. 5, 181, 1951.

649. NOVAK E. - The significance of uterine mucosa in the fallopian tube with a discussion of the origin of aberrant endometrium. Am. J. Obst. Gynec. XII, 484-528, 1926.

650. NOVAK E. - Pelvic endometriosis. Spontaneous rupture of endometrial cyst, with a report of three cases. Am. J. Obst. Gynec. 826-837, 1931.

651. NOVAK E. - The morphology of the genital epithelia with special reference to differenciation anomalies. Am. J. Obst. Gynec. XXIV, 635-653, 774-778, 1932.

652. NOVAK E. -Pelvic endometriosis and its treatment. Am. J. Surg. XXXIII, 422-427, 1936.

653. NOVAK E. - Pelvic Endometriosis and its treatment. Am. J. Obst. Gynec. 33, 422, 1936.

654. NOVAK E. - Adenoacanthoma of ovary arising from endometrial cyst, with report of the case. J. Mt. Sinai Hosp. 14, 529 1947.

655. NOVAK E. et ALVES de LIMA O. - A correlative study of Adenomyosis and pelvic endometriosis with the special reference to the hormonal reaction of ectopic endometrium. Am. J. Obst. Gynec. 56, 634, 1948.

656. NOVAK E. et ALVES de LIMA O. - Correlative study of Adenomyosis and pelvic endometriosis. Am. J. Obst. Gynec. 59, 638, 1949.

657. NOVAK E. - Text Book of gynecology. Ed. II, Sanders Comp. Philadelphia, 1949.

658. NOVAK E. et NALLEY W.B. - Obst. Gynec. 9, 396, 1957.

659. NOVAK E. et NOVAK E. - Gynecologie and Obst. Pathol. Ed.4 Philadelphia Sanders Company. 487, 1958.

660. NUNN L.L. - Endometrioma of the Thigh. North West Med. 48, 474, 1949.

661. OBERLING C. - Les endométriomes. Ann. Anat. Path. I, 541-552, 1924.

662. OCKULLY E.A. et HELWIG F.C. - Endometriosis of the urinary bladder with report of a case. J. Urol. 55, 5, 464-469, 1946.

663. O'CONNOR V.J. et GREENHILL J.P. - Endometriosis of bladder and ureter. Surg. Gynec. Obst. 80, 113-119, 1945.

664. O'DONNELL E.E. - Endometriosis. J. Maine M.A. 41-53, 1950

665. OEHLECKER F. - Endometrioide Adenomyosis der Harnblase. Ztbl. Chir. 51, 2-10, 1930.

666. OEHLECKER F. - Endometriome de la vessie. Zbl. f. Gynäk. LVII, n° 1, 2-10, 1930.

667. OEHLECKER F. - Zur Endometriose (Adenomyosis) der Flexura sigmoïdea bzw. des Rectum. Zbl. Chir. 1212-1218, 1932.

668. OKINCZYC J. et PARTURIER G. - Endométriome bilatéral des ovaires. Bull. Mem. Soc. de Chir. LVIII, 1492-1496, 1932.

669. OKINCZYC J. - Trois cas de tumeurs bénignes du colon pelvien (endométriome, diverticulite). Mem. Acad. de Chir. LXII, 271-277, 1936.

670. OKINCZYC J. - A propos des endométriomes. Mem. Acad. de Chir. LXIII, 22-28, 1937.

671. OKINCZYC J. - Les endométriomes. Paris. Med. XXVII, 498-506, 1937.

672. OLIVIER C. et BLONDEAU P. - L'Endométriose de la vulve - Presse Médicale. 59, 143, 1951.
- Abstract in Internat Abstr. Surg. Gynec. Obst. 93, 254, 1951.

673. OLMSTED G.S. - Report on endometriosis. Grace Hosp. Bull. 26, 69, 1948.

674. O'LOUGHLIN D.L. et SHEEHAN J.H. - Ruptured Endometrioma with fatal peritonitis. Am. J. Obst. Gynec. 60, 452, 1950.

675. OLSON H.J. et HANSMANN G.H. - Endometriosis during the final month of pregnancy. Marked decidual reaction about endometriosis nodules in the peritoneal fat. Am. J: Obst. Gynec. XXXII, 148-151, 1936.

676. ORECCHIA C. et VITALE M. - Quelques aspects clinico-diagnostiques de l'endométriose du sigmoïde. Minerva Chir. 15 Jan: 1961, 16, n° 1, 10-13, 6 fig. (Bibliogr.)

677. OSIAKINA - ROZHDENSTWENSKAIA A.I. - Internal adenomyosis of the uterus. Akusherstvo I. Ginek. Moscou. 5, 44, 1949.
- Abstract in Exc. Med. Section X Obst. Gynec. 3, 404, 1949

678. OSTENDELD J. - Nord. Med. 41, 277, 1949.

679. OTTOW B. - Ztschr. Geburtsh. u. Gynäk. 96, 406, 1929.

680. OTTOW B. - Das klinische Bild der Endometriose der Harnblase Arch. f. Gynäk. CXXXVII, 1001-1008, 1929.

681. OTTOW B. - Wesen, Diagnose und Therapie der heterotopen Endometriose der weiblichen Harnblase. Zbl. Gynäk. 50, 3330, 3358, 1929.

682. OVERTON D.H. Jr. WILSON R.B. et DOCKERTY M.B. - Endométriose primaire du col. Am. J. Obst. Gyn. Avril 1960, 79, n° 4 768-779, 8 fig. (Bibliogr).

683. OWEN J.G. et STONE C.S. Jr. - Endometriosis of the Bowel. Bull. Mason Clin. 3, 20, 1949.

684. PALLOS K. - Orvosképézés 29, Bakay Sonderh, 240, 1939.

685. PALMER A.C. - Proc. Roy. Soc. Med. 18, 83, 1925.

686. PALMER R. - Indications et résultats de la coelioscopie dans la stérilité tubaire. De la fonction tubaire et ses troubles. Masson et Cie. Ed. Paris 1955, p. 204-217.

687. PALMBERG-NYBERG S. - Nord. Med. 47, 586-580, 1952.

688. PAPIN F. - Endométriome sténosant dans l'anse sigmoïde. Résection intestinale. Mem. Acad. de Chir. LXV, 418-421, 1939.

689. PARFENOFF N.A. - Zur Frage über endometrioide Heterotopien der Tuben. Zentralb. f. Gynäk. LIV, 925-930, 1930.

690. PARK W.W. and TENNENT R.A. - A further case of stromal endometriosis. J. Obst. Gynaec. Brit. Emp. 55, 423, 1948.

691. PARK W.W. - Stromatous endometriosis. J. Obst. Gynaec Brit. Emp. 56, 755, 1949.

692. PARK W.W. - The mature of stromatus endometriosis. J. Obst. Gynaec. Brit. Emp. 56, 759-776, 1949.

693. PARK W.W. - The occurence of decidual tissue within the lung. Report of a case. J. Path. Bact. London. 47, 563-570, 1954.

694. PARSONS E. - Modern trends in gynecology. J. Am. M. Women's A. 7, 167, 1962.

695. PEDOTI - Interna di endimetriosi ombelicale. Riv. Ital. Ginecol. 47, n° 1, 74-85, 1963.

696. PEMBERTON F.A. - Endometrioma of female genital organs. New-England J. Med. CCXVII, 1-5, 1937.

697. PERARD J. et ELBIM A. - Endométriomes vésicaux. J. Urol. XXXIX, 497-507, 1935.

698. PERARD J. et ELBIM A. - Endométriomes vésicaux. J. Urol. 39, 6, 497-507, 1937.

699. PERLMANN S. - Endometriosis of Bladder. Urol. and Cutan.Rev. 38, 700-703, 1934.

700. PETRI H. - Endometriose (zugleich ein neuer Beitrag zu den "Fernen" Endometriosen) Ztschr. Geburtsch. Stuttgart.131 267, 1949.
- Abstract in Exc. Med. Section X Obst. Gynec. 3, 357, 1949.

701. PHILIPP E. - Zur Klinik der Endometriosen. Zentralb. f. Gynäk. LXI, 2-13, 1937.

702. PHILIPP E. - Die Diagnose und Behandlung der Endometriose Therapie der Gegenwart. LXXVIII, 529-533, 1937.

703. PHILIPP E. und HUBER H. - Die Entstehung der Endometriosis gleichzeitig ein Beitrag zur Pathologie des interstitiellen Tubenabschnittes. Zentralbl. f. Gynäk. LXIII, 7-40, 1939.

704. PHILIPP E. und HUBER H. - Die Klinik der Endometriose im Lichte neuer Forschungsergebnisse. Zentralbl. f. Gynäk. LX, 482-497, 1939.

705. PHILIPP E. - L'endométriose tubaire et la salpingiose en tant que cause de grossesse interstitielle et de stérilité. Zschr. Geburth. Gyn. 1961, 156, n° 2, 114-124 (Bibliog).

706. PHILIPS R.3. - Endometriosis vesicae. J. Obst. Gynec. Brit. Emp. 41, 165-189, 1934.

707. PINTO A. et PETRUZZI A. - Endométriose pelvipéritonéale et soupçon de foyer pulmonaire. Semana Méd. 9 Nov. 1961, 68, n° 39, 1657-1659, 6 fig.

708. PLAGER V.H. and all. - Endometriosis of Cervix Uteri with Formation of large endometrial Cyst. J.A.M.A. 147, 852, 1951.

709. PLAUT A. - Adenomyosis der Harnblase. Ihre diagnostische Bedeutung. Zbl. f. Gynäk. 53, 3358-3359, 1929.

710. POLAZZO et SAMMARTINO - Endométriome à localisations multiples. Ovaire, utérus, vagin, paramètres et ligament rond. La Prensa Medica Argentina, XVI, n°36, 1679-1685, 1930.

711. POLLOSSON E. et ROCHET Y. - L'intéret du traitement médical par les progestatifs de synthèse dans les endométrioses graves à forme pseudo-tumorale. Bull. Féd. Soc. Gyn. Obst. Av-Mai 1963, 15, n°2, 223-230, 5 fig.

712. POLSTER K.O. - Beiträge zur Kenntnis der heterotopen Wücherungen vom Bau der Uterus Schleimhaut. Virchows Arch. CCLIX 96-125, 1926.

713. POPOFF L., RAITCHEV R., ANDREEV V. - Endometriosis of skin Arch. Derm. 85, 186, Fév. 1962.
- Abstract in J.A.M.A. 179, 6, 180, Fév. 1962.

714. PORTES L. et ISIDOR P. - A propos du problème des formations endométrioïdes génitales et extra-génitales chez la femme. Gynec. et Obst. XXVII, 309-345, 1932.

715. PORTES L., FRANCOIS E. et VARANGOT J. - Un cas d'endométriose vaginale ayant évolué au cours d'une grossesse. Communication à la Soc. de Gynécol. et d'Obst. de Paris. Séance du 3 Juillet 1939.

716. POSATTI F. - Uber endometrioide Cysten des Ovariums. Ztschr. f. Geburtsh. u. Gynäk. III, 331-343, 1937.

717. POSTOLOFF A.V., RODENBERG T.A. - Am. J. Obst. Gynec. 69, 83, 1955.

718. POUJOL et COCHEZ - Endométriome peri ombilical. J. de Med. et de Chir. d'Afrique du Nord, an XXX, 3ème série, n°4, 461-466, 1926.

719. POWERS E.G. et HOOKER O.N. - Salpingiosis (Endosalpingiosis) Texas J. Med. 44, 457, 1948.

720. PRATT J.P. - Endometriosis. The Cyclopedia of Medicine, 291-332, F.A. Davis C° Ed. Philadelphia.

721. PRATT J.H., HIGGINS R.S. et FOUST G.T. - Am. J. Obst. 63, 90-98, 1952.

722. PRATT J.H. - Difficultés du diagnostic et du traitement chirurgical de l'endométriose. Surg. Clin. North Amer. Aout 1961, 41, n°4, 1007-1014.

723. PRATT J.H. - Manifestations abdominales de l'endométriose. Minnesota Med. Nov. 1962, 45, 1103, in Internat. Surg. Dig. Avr. 1963, 72, n°4, 160-161.

724. PRINCE L.N., ABRAMS J.- Endometriosis of the perineum. Review of the litterature and case report. Am. J. Obst.Gyn. 73, 4, 890-893, 1957.

725. PRINZ O.J., PRINTZ J.H. and RUBIN S. - Endometrioma of the Umbilicus. Missouri M.A.46, 479, 1949.

726. PRINZMETAL M. ORNITZ E.M., SIMKIN B. et BERGMAN H.C. - Arteriovenous anastomoses in Liver spleen and lungs. Am. J. Physiol. 152, 49, 1948.

727. PRISLOPEANU A., PATRASCOU P., BIDULESCO A., BADESCO E. et BREAZU H. - A propos d'un cas d'endométriose intestinale Viata Med., 1er. av. 1961, 8, n°7, 371-375.

728. PUCK A. et POLENZ B. - Observations d'une endométriose de l'ombilic au cours du cycle et d'un traitement par le 17 α aethinyl-oestrenol. Geburtsh. Frauenh. Sept. 1963, 23 n° 9, 809-813, 10 fig. (Bibliogr.)

729. QUINLAN D.A. - Endometriosis. M. J. Australia. 2, 315,1949.

730. RABINOVITCH J., PINES B., GRAYZEL D.M. - J. Int. Coll. Surg. 18/1, 15-21, 1952.

731. RADMAN H.M. - Endométriose de la vessie. Am. J. Obst. Gyn. 15 Janv. 1962, 83, n°2, 171-174 (Bibliogr).

732. RADOVITSKY M.V. - Un cas de dilatation bilatérale des bassinets et des uretères dans une endométriose ovarienne. Akoucherstvo Guinek. (Moscou) 1963, n°1, 135-136.

733. RANDALL C.L. - Management of complications of an Endometriosis. J.A.M.A. 139, 972, 1949.

734. RANDALL C.L. ALEXANDER - Endometrioma of the ureter. J.Urol. Balt. 46, 419-422, 1941.

735. RANNEY B. and CHUNG J.T. - Endometriosis of the cervix uteri Am. J. Obst. Gynec. 64, 1333, 1932.

736. RANNEY B.R. - Etiology of endometriosis. Internat Abstr. Surg. Gynec. Obst.

737. RATLIFF R.K., CRENSHAW W.B. - Surg. Gynec. Obst. 100, 4, 414-418, 1955.

738. REBAUDI G. - Sull' Impotanza Degli Stati Endometriosi dell Tuba nella Patogenesi della Gravidanza interstiziale. Ann. Ostet. e Ginec, 70, 83, 1948.

739. RECKLINGHAUSEN F. (von) - Die Adenome und Cystadenome der Uterus und Tubenwandung. Berlin August. Hirschwald. 1896.

740. RECORDS J.W. - Obst. Gynec. 16, 4, 1960.

741. REEB M. - A propos d'un cas particulier de dysménorrhée chez une jeune fille de 15 ans. Adénofibrome de la région inguinale. Gynec. et Obst. XXXV, 161-168, 1937.

742. REICH W.J., NECHTOW M.J. and ABRAMS R.A. - Endometriosis of the vagina following vaginal hysterectomy. Am. J. Obst. Gynec. 56, 1192, 1948.

743. REINHARDT E. - Karzinom auf der Basis einer ausg. Endometriosis. Zentralbl. f. Gynäk LXI, 1192-1106, 1937.

744. RENE L. - L'endométriose digestive. Ann. Chir. (suppl. Sem. Hop. Paris) juin 1962, 16, n° 13-14, 1023-1030.

745. REYNOLDS L.R. - Endometriosis of Bladder. J. of Urol. 41, 157-163, 1939.

746. RIDLEY J.H. and EDWARD I.K. - Am. J. Obst. Gynec. 76, 783, 1958.

747. RIDLEY J.H. - La validité de la théorie de Sampson sur l'endométriose. Am. J. Obst. Gyn. Oct. 1961, 82, n° 4, 777-782 (Bibliogr).

748. RIECK A. - Kann die serosaepitheliale Theorie über die Entstehung der endometrioïden Heterotopien noch aufrechterhaltern tern werden. Monatschr. f Geburtsh. u. Gyräk. LXXXIV, 336-345, 1930.

749. RIEDERER J. - Diagnostic différentiel de l'endométriose et du cancer du colon. Radiologia, Clin. 1962, 31, n° 1, 48-54 (Bibliogr.)

750. RIES E. - Eine neue Operationsmethode des Uteruscarcinoma. Ztsch. f. Geburtsh. u. Gynäk. XXXVII, 518-532, 1897.

751. RIGONDET G. CLEMENT R. et TOMMASI M. - A propos d'un cas d'endométriose cytogène ("stromal endomatriosis") du corps utérin. Bull. Féd. Soc. Gyn. Obst. Janv-Mars 1963, 15, n° 1 73-78.

752. RIPMAN H. - Two cases of endometriosis of the umbilicus. Guy's Hosp. Rep. 100, 383, 1951.

753. RIPSTEIN C.B. ROHMAN M. and WALLACH J.B. - J. Thoracic Surg. 37, 464, 1959.

754. RIVA H.L., WILSON J.H. et KAWASAKI D.M. - Action du neréthynodrel sur l'endométriose. Am. J. Obst. Gyn. Juil. 1961. 82, n° 1, 109-118, 7 fig. (Bibliogr.)

755. RIVA H.L., KAWASAKI D.M. et MESSINGER A.J. - Nouvelle expérience avec le Noréthynodrel dans le traitement de l'endométriose. Obst and Gyn. Janv. 1962, 19, 111, in Internat

Surg Dig., mai 1962, 71, n°5, 314-315.

756. ROCK D.A., TIMBERLAKE R.M. Jr. and GOODOF I.I. - Adenomyosis J. Maine M.A. 39, 285, 1948.

757. ROCKENSCHAUB A. - Zur Kenntnis der Endometriosetierzystem des Ovars. Geburtsh. u. Frauenh. 9, 845, 1949.
- Abstract in Exc. Med. Section X Obst. Gynec. 3, 276, 1950.

758. ROCMANS M. - Endométriome considérations générales à propos de deux cas. Rev. Franç. de Gynec. et d'Obst. XXXII, 485-503, 1937.

759. RODDICK J.W.Jr., CONKEY G. et JACOBS E.J. - La réaction hormonale de l'endomètre à la suite d'implants endométrioti ques, ses rapports avec la symptomatologie. Am. J. Obst. Gyn. Juin 1960, 79, n°6, 1173-1177, 5 tabl. (Bibliogr).

760. RODMAN M.H. et JONES Ch.W. - Hémoptysie cataméniale due à une endométriose bronchique. New England J. Med. 19 Av. 1962, 266, n°16, 805-808, 6 fig. (Bibliogr).

761. ROLNICK H.C. - The practice of urology. J.B. Lippincott C° Philadelphia. 530, 1949.

762. ROUCHY R., CREZE J., LE DALL R. et SIMARD G. - Endométrite du post-partum et opération césarienne. Bull. Féd. Soc. Gyn. Obst., sept-oct. 1963, 15, n°4, 528-532.

763. ROULLAND H. et ISIDOR P. - Adénomyose diffuse du tractus génital de la femme (Contribution à la théorie dysembryoplasique de l'endométriose) Gynécologie XXXVI, 273-281, 1937.

764. ROURAMO M. - Carcinoma of the ovary developping on the basis of ovarian endometriosis. Acta Radiol. 28, 638, 1947.

765. ROUSSELIN F.M. - Endométriome de la région crurale. Lyon Chirurgical. Vol. XXXIV, 468, 1939.

766. ROUSSET - Un cas d'endométriose de la vessie. J. d'Urol. Med Chir. 56, 3-4, 246-247, 1950.

767. ROTHMAN E.D. - Endometriosis of the vulva. West J. Surg. 57, 297, 1949.

768. ROVETTO D. - Su di 1 caso di endometriosi della vagina trattato col radium. Radiol. Med. 37, 119, 1951.
- Abstract in Esc. Med. Section X Obst. Gynec. 509, 1952.

769. ROYER R. - Endométriose de l'ombilic - Thèse Paris 1934.

770. RUBENSTEIN M.W. and KURZON A.M. - Adenomyoma of the round ligament and pregnancy. Am. J. Obst. Gynec. 63, 458, 1952

771. RUBRIZIUS H. - Ein Fall der Endometriose der Harnblase. Ztbl. f. Urol. 36, 202-205, 194.

772. RUNALS A.L. et MOOS L.D. - New-York J. Med. 48, 401, 1948.

773. RUSSEL H.B. - Decidual reaction of endometrium ectopic in abdominal lymph nodes. Surg Gynec. Obst. 81, 218, 1945.

774. RUSSO A. - Endométriose primitive du col utérin pendant la grossesse. Minerva Gyn. Torino, 8, 943, 1956.

775. RYLEY T.G. - Endometriosis of the Bowel. Canad. Med. Ass.J. 75, 15, 1956.

776. SALA G. - A propos d'une localisation rare de l'endométriose à la région inguinale. Minerva Med. 6 Janv. 1964, 55, n° 1-2, 23-24 (Bibliogr.)

777. SAMMARTINO R. et VASQUEZ FERRO E. - Endométriose circonscrite du col de l'utérus et colposcopie. Rapports du III° Congrès mondial de Gynécologie, Vienne, 3-9 Sept. 1961, Congressprint Romayor, ed. Vienne 1961, 2, 317, 6 fig.(Bibliogr.) texte espagnol.

778. SAMIN F. - Nouveaux renseignements donnés par la coelioscopie sur l'endométriose. C.R. Soc. franç. Gyn. 23-25 Juin 1961, 31, n° spécial, 95-96.

779. SAMPSON J.A. - The escape of foreign material from uterine cavity into the uterine veins. Am. J. Obst. & Dis. of Women and Child. LXXVIII, 1918.

780. SAMPSON J.A. - Perforating hemorragic (Chocolate) cyst of the ovary, their importance and specially, their relation to pelvic adenoma of the endometrial type. Arch Surg. 3, 245-323, 1921.

781. SAMPSON J.A. - Intestinal adenomas of endometrial type. Arch Surg. V, 217-280, 1922.

782. SAMPSON J.A. - The life history of ovarian hematomas (hemaragic cysts) of endometrial (muellerian) type. Am. J.Obst. Gynec. IV, 451-512, 1922.

783. SAMPSON J.A. - Benign and malignant endometrial implants in the peritoneal cavity and their relation to certain ovarian tumors. Surg. Gynec. and Obst. XXXVIII, 287-311, 1924.

784. SAMPSON J.A. - Heterotopic or misplaced endometrial tissue. Am. J. Obst. Gynec. X 649-664, 1925.

785. SAMPSON J.A. - Inguinal endometriosis of ten reported as endometrial tissue in the groin, adenomyoma in the groin and a denomyoma of round ligament. Am. J. Obst. Gynec. 10, 462-503, 1925.

786. SAMPSON J.A. - Endometrial carcinoma of the ovary. Arch. Surg. 10, 1-72, 1925.

787. SAMPSON J.A. - Peritoneal endometriosis due to the menstrual dissemination of endometrial tissue into the peritoneal cavity. Am. J. Obst. Gynec. XIV, 422-469, 1927.

788. SAMPSON J.A. - Endometriosis of sac of inguinal hernia. Am. J. Obst. Gynec. XII, 459-483, 1927.

789. SAMPSON J.A. - Metastatic or embolicendometriosis due to the menstrual dissemination of endometrial tissue in the ve - nous circulation. Am. J. Path. III, 93-109, 1927.

790. SAMPSON J.A. - Endometriosis following salpingectomy. Am. J. Obst. Gynec. XVI, 461-499, 1928.

791. SAMPSON J.A. - Infection des kystes endométriaux des ovaires. Am. J. Obst. Gynec. XVIII, n° 1, 1-16, 1929.

792. SAMPSON J.A. - Postsalpingectomy endometriosis (endosalpingiosis) Am. J. Obst. Gynec. XX, 443-480, 1930.

793. SAMPSON J.A. - Pelvic endometriosis and tubal fimbriae. Am. J. Obst. Gynec. XXIV, 497-542, 1932.

794. SAMPSON J.A. - Developpment of the implantation theory for origin of peritoneal endometriosis. Am. J. Obst. Gynec. 40, 549-557, 1940.

795. SANDBERG E.C. et COHN F. - L'adénomyose de l'utérus gravide à terme. Am. J. Obst. Gyn. 1er Déc. 1962, 84, n° 11 , 1457-1465, 9 fig. (Bibliogr.)

796. SARDI J.L. - Las Endometriosis del Utero. Obst. y Ginec. Latino Am. 7, 269, 1949.
- Abstract in Internat Abstr. Surg. Gynec. Obst. 91, 53, 1950.

797. SAUER V.H. - Ueber einen Fall von Endometriose der Harnblase. Zbl. f. Gynäk, 57, 347-350, 1933.

798. SCHAFER - Zur Atiologie der Schwangerschafts rupturen.Arch. f. Gynäk. CIX, 284-301, 1918.

799. SCHAUTA F. - Die Berechtigung der vaginalen Totalextirpation bei Gebärmutterkrebs. Monatschr. f. Geburtsh. XIX, 475-521, 1904.

800. SCHERESCHEWSKY J. - Ueber die histologischen Veränderungen in den endometrioiden Heterotopien während der verschiedenen Phasen des menstruellen Cyclus (in einem Fall von Adenomyosis recte vaginalis) Arch. f. Gynäk. CXLVII, 724-735, 1931.

801. SCHENKEN et BURNS - Salpingitis isthmica nodosa. Am. J. Obt Gyn. 45, 624, 1943.

802. SCHILLER W. - Ueber endometrioide Bildungen in den Parametrien. Arch. f. Gynäk. CXXIX, 425-447, 1926.

803. SCHILLER W. - Zur Frage des ektopischen Endometrium. Arch. f. Gynäk. CXXVII, 544-608, 1936.

804. SCHLICKE C.P. - Ectopic endometrial tissue in the thigh.J. of the American Medical Association. Vol. CXXXII, 445, 1946.

805. SCHLIFFER M.A. et MACKLES H. - Stromal endomestriosis.Obst. Gynec. 7, 531, 1956.

806. SCHMID H.H. - Künstliche Endometriosis. Arch. f. Gynäk.CLV 217-233, 1933.

807. SCHMID H.H. - Zbl. Gynäk. 917, 1948.

808. SCHMID H.H. - Endométriose artificielle à visées thérapeutiques. Geburtsh. Frauenh. Juil. 1961, 21, n° 7, 679-685.

809. SCHMID H.H. - Endométriose vésicale peu commune. Zbl. Gyn. 18 août 1962, 84, n° 33, 1292-1295.

810. SCHMITZ H.E. et BABA G.R. - Endometriosis of the Bladder. Report of a case. Urol. Cutan. Rev. 52, 124, 1948.

811. SCHMITZ H.E. et GROSSBARD P. - Endometriosis of episiotomy scar. Am. J. Obst. Gynec. 55, 880, 1948.

812. SCHMITZ H.E. et TOWNE J.E. - The treatment of pelvic endometriosis. Am. J. Obst. Gynec. 55, 583, 1948.

813. SCHOCHET S.S. - Experimental endometriosis. Am. J. Obst. Gynäk. XVII, 328-344, 413-416, 1929.

814. SCHOFIELD J.D. et BACON H.E. - Endometriosis of rectum and sigmoid review of litterature and case report. Ann. Surg. CVII, 1022-1028, 1938.

815. SCHRIDDE et SCHONHOLZ - Epitheliofibrose und Epitheliomyose der Eileiter. Frank. Ztschr. f. Pathol. 338, 1924.

816. SCHULER B. - Ileus durch endometrioide Wücherungen der Darm. wand. Zbl. f. Chir. 399-401, 1931.

817. SCHWARTZ J. et FARINACCI C.J. - Post-operativ endometriosis Am. Pract. and Digest. Treat. 1, 1276, 1950.

818. SCOTT R.B. - Personal communication : Endometriosis and Pregnancy, Am. J. Obst. Gynec. 47, 608, 1944.

819. SCOTT R.B. et TE LINDE R.W. - External Endometriosis. Ann. Surg. 131, 697, 1950.

820. SCOTT R.B. et TE LINDE R.W. - Endometriosis. Ann. Surg. 131, 697, 1950.

821. SCOTT R.B. - Obst. Gynec. 2, 283, 1953.

822. SCOTT R.B., TE LINDE R.W., WHARTON L.R. - Further studies on experimental endometriosis. Am. J. Obst. Gynec. 66,1052 1953.

823. SCOTT R.B. et TE LIND R.W. - Clinical endometriosis. Obst. Gynec. 4, 502, 1954.

824. SCOTT R.B. et TE LINDE R.W. - Clinical external endometriosis. Obst. Gynec. 4, 502, 1954.

825. SCOTT R.B. et WHARTON L.R. - Large Doses of Stilbestrol and endometriosis. Am. J. Obst. Gynec. 69, 573, 1955.

826. SCOTT R.B. et WHARTON L.R. Jr. - Action de la progestérone et de la norethindrone sur l'endométriose expérimentale.du singe. Am. J. Obst. Gyn. 1er Oct. 1962, 84, n°7, 867-875 11 fig. (Bibliogr.)

827. SEELIG M.G. et HOBBS J.E. - Endometriosis of the verform appendix. R.T. Frank. Anniversary Volume Mosby, Ed. Saint-Louis. 1937.

828. SEGUY J. et ISIDOR P. - Un cas de formation utero-tube ovarienne de type endometrial. Ann. d'Anat. Path. XII, 483-487, 1935.

829. SEGUY J. - La trompe soufflée. Gyn. et Obst. RZ, 169, 1943.

830. SEITCHIK J. - Endométriose et hormonothérapie. Am. J. Obst. Gyn. Janv. 1961, 81, n°1, 183-184.

831. SEITZ L. - Ueber Genese, Klinik und Therapie der Endometriosis (Heterotopien der Uterusschleimhaut) Arch. f. Gynäk. CXLIX, 519-607, 1932.

832. SEITZ L. - Die Klinik der Endometriosis. Zbl. Gynäk. I, 11, 1933.

833. SEMB C. - Acta Obst. Scand. V, 1926.

834. SETTERGREEN F. - Endometriome de la vessie. Acta Chirurgica Scand. LXXIII, fasc. 4, 312-333, 1933.

835. SETTERGREEN F. - Report of a previously published case of endometriosis. Acta Chir. Scand. 75, 570-574, 1934.

836. SHAW W.F. - Adenomyoma of the recto-vaginal space, with recurrent polypi in the vagina. J. Obst. Gynec. Brit. Emp. XXXII, 118-120, 1925.

837. SHAW W.F. - Adenomyoma of the round ligament which menstruated through an inguinal incision. J. Obst. Gynaec. Brit. Emp. XXXII, 121-122, 1925.

838. SHEMILT P. - Endometrioma of the caecum causing mucocele of the appendix. Brit. J. Surg. 37, 118, 1949.

839. SICK K. - Flimmerepithelcysten in der Nebennierenkapsel und in in einer Beckenlymphdrüse. Virchows Arch. CLXXII, 468-470 1903.

840. SIDDALL R.S. et MACK H.C. - Primary endometriosis of the Cervix Uteri. Harper Hos. Bull. 7, 185, 1944.

841. SIDDALL R.S. et MACK H.C. - Primary endometriosis of the Cervix Uteri. Harper Hosp. Bull. 7, 195, 1949.

842. SIDDALL R.S. et MACK H.C. - Am. J. Obst. 58, 765, 1949.

843. SIEDERTOPF - Ein Fall von Nabel Endometriose. Zentralbl. f. Gynäk. 56, 2323, 1932.

844. SIEGLER S.L. et BISACCIO J.R. - Endometriosis, clinical aspects and the therapeutic considerations. Am. J. Obst.Gyn. 61, 99, 1951.

845. SIEGLER A.M. et FRIEDMAN A. - L'endométriose externe, le problème clinique. New-State J. Med. 59, 13, 2563, 1959.

846. SIEGMUND H. - Wien Klin. Wschr. 62, 22, 387, 1960.

847. SIMMONS W.H. - The Treatment of endometriosis with large dosis of Stilbestrol. Mississipi Doctor. 27, 491, 1950.

848. SIMON H.B., ZIMET R.R., SCHEIDER R. et MORGENSTERN L.L. - Occlusion uretérale bilatérale par endométriose. J.A.M.A. 9 Fév. 1963, 183, n° 6, 487-489, (Bibliogr.)

849. SINCLAIR T.A. - Am. J. Obst. Gynec. 63, 1334-1337, 1952.

850. SITZENFREY A. - Ueber epitheliale Bildungen der Lymphgefässe und Lymphräume in Beckenlymphknoten bei Uteruskarzinom und bei Karzinomfreien, entzündlichen Adnexerkrankungen. Ztschr. f. Geburtsh. u. Gynäk. LVII, 419-447, 1906.

851. SKAMNAKIS N.S. - Ueber gleichzeitiges Vorkommen von Adenomyosis uteri interna mit anderen pathologischen Veränderungen des Genitales, insbesondere mit carcinoma uteri. Zentralbl. f. Gynäk. LXII, 414-423, 1938.

852. SKOBEL P. - Complications diaphragmatiques dans l'endométriose et le syndrome de Meigs. Zschr. Rub. 1963, 120, n° 1-2, 22-29 (Bibliogr.)

853. SMITH G. van - Endometrioma. A clinical and pathologic study of 159 cases treated at the free hospital for women. Brooline, Mass. Am. J. Obst. Gynec. XVII, 806-814, 1929,

854. SNAITH L. - Traitement de longue durée par la progestérone de l'endométriose. J. Obst. Gyn. Brit. Commonw. Oct. 1962, 69, n° 5, 799-800.

855. de SNOO - The regeneration of the uterine mucosa in connection with Myomata and Endometriosis. J. Obst. Gynec Brit. Emp. XLI, 568-578, 1934.

856. SOUTHERN E.M. - Aberrante endometrial tissue and intussusception. Brit. M. J. 1, 1178, 1948.

857. SPEERT H. - The endometriosis in old age. Surg. Gyn. Obst. 89, 5, 551-559, 1949.

858. SPITZ H. - Adenomyoma (Endometrioma) of the Umbilicus. Am. J. Clin. Path. 2, 155-177, 1932.

859. STAHLER F. - Extraperitoneale Endometriom der Fossa ovalis femoris und Teercystem beider Ovarian. Monatschr. f. Geburtsh. u. Gynäk. CIV, 53-56, 1936.

860. STAMM H. - La pathogénie de l'endométriose. Praxis, 2 aout 1962, 51, n° 31, 786-789, (Bibliogr.) résumé français.

861. STEADMAN H.E. - Endometrioma of Sigmoid produising obstruction. J. Internat Coll. Surgeons. 14, 316, 1950.

862. STEARNS H.C. dt TUHY J.E. - Hydrothorax, ascites and pelvic endometriosis. Dis. Chest. 16, 220, 1949.

863. STEARNS H.C. - Pelvic endometriosis. West J. Surg. 60, 13, 1952.

864. STERN C.A. - Am. J Obst. Gynec. 75, 282, 1958.

865. STERNBERG C. - Zbl. f. Gynäk. 663, 1925.

866. STETSON H.E.G. et MORAN J.E. - Endometriosis. New-England Med. J. 206-52-54, 1932.

867. STEWART H. - Tumeur endométriale de la grande lèvre droite. Surg. Gynec. Obst. XLIV, n°6, 637-646, Mai 1927.

868. STEWART C. - Tuberculous infection of uterine endometrioma J. Obst. Gynaec. Brit. Emp. XL, 299-301, 1933.

869. STRONGIN H.F. - Endometriosis of the ombilicus. Am. J. Obst Gynec. XXXII, 336-340, 1936.

870. STURZENEGGER H. - Endométriose pulmonaire sous l'aspect d'une ombre arrondie. Schweiz. Zschr. Tub. 1960, 17, n°4, 259-266 (Bibliogr.) résumé français.

871. SURAN R.R. et GREENBLATT R.B. - Endometriosis of the cervix uteri. Am. J. Surg. 77, 761, 1949.

872. SUTLER M.R. - Endometriosis of the intestinal tract. Surgery 22, 801, 1947.

873. SUTTON C.E. et HARDY J.A. - Endometriosis of the vermiform appendix. Am. J. Obst. Gynec. 63, 1139-1142, 1952.

874. SWANN M. - Invagination provoquée par un endométriome coecal. Brit. J. Surg. Sept. 1962, 50, n°220, 199-202, 7 fig. (Bibliogr.)

875. SZENDI B., HEIM V. - Endométriose intra-utérine tuberculeuse et tuberculose interstitielle du myomètre. Zbl. Gyn. 30 Nov. 1963, 85, n° 48, 1718-1725, 10 fig. (Bibliogr.)

876. SZENES A. - Adenomyosis interna bei schwerster Blutung in der Nachgeburtsperiode und post partum. Arch. f. Gynäk. CXXXIV, 546-560, 1928.

877. SZYMANOWICZ J. - Polska Gaz. Lek. 683, 1935.

878. TATE G.T. - Obstruction aiguë du gros intestin par endométriose. Brit. J. Surg. Juil. 1963, 50, n°225, 771-773, (Bibliogr.)

879. TAUSSIG F.J. - Iliac lymphadenectomy plus radiation in borderline cancer of the cervix. Am. J. Obst. Gynec. XXXII, 777-782, 1936.

880. TAUSSIG F.J. - A study of the lymphglands in cancer of the cervix and cancer of the vulva. Am. J. Obst. Gynec.XXXVI 819-832, 1938.

881. TAYLOR E.L. - Adenomyome kystique pédiculé de l'utérus oblitérant le vagin. Am. J. Obst. XV, n°5, 650-657, 1928.

882. TCHERNIAVSKY I.G. - Endométrioses extra-génitales. Khirourguia (Moscou) 1960, n°2, 86-89, (Bibliogr.)

883. TCHIJOFF I. - Contribution à l'ètude clinique et thérapeutique des endométriomes de l'ovaire. Thèse de Paris 1936.

884. TEILUM G. et MADSEN V. - Endometriosis ovarii and peritonaei caused by hystereo-salpyngo-graphy. J. Obst. Gynaec. Brit. Emp. 57, 10, 1950.

885. TEILUM G. - Carcinoma arrising in ovarian endometriosis. Acta Obst. Gynec. Scand. 25, 377, 1945.

886. TE LINDE R.W. - Operative gynecology Philadelphia. J.B. Lippincott Company. 416, 1946.

887. TE LINDE R.W. et SCOTT R.B. - Experimental endometriosis. 60, 1147, 1950.

888. TE LINDE R.W. et SCOTT R.B. - Experimental endometriosis. Ann. Surg. 1952.

889. TE LINDE R.W. et SCOTT R.B. - External endometriosis clinical and experimental. Ann. Surg. 17, 397, 1951.

890. TE LINDE R.W. et SCOTT R.B. - Significance of endometriosis Mod. Med. 129, 1952.

891. TE LINDE R.W. et SCOTT R.B. - Experimental endometriosis. Am. J. Obst. Gynec. 60, 1147-1173, 1957.

892. TERASVUORI H. - One case of adenomyosis uteri interna with tuberculosis. Acta Obst. Scand. XI, 382-402, 1931.

893. TERRIER - Tumeurs verruqueuses de l'ombilic chez une femme. Hemorragies en nappe lors des menstrues. Ligature élastique. Guérison. Bull. et Mem. Soc. de Chir. Paris. 13, 422 423, 1887.

894. THEANDER G. et WEHLIN L. - Déformation de la jonction recto sigmoïdienne dans l'endométriose pelvienne. Acta radiol. av. 1961, 55, n°4, 241-248 (Bibliogr). résuméfrançais.

895. THOMPSON J.W. - Review of endometriosis. J. Michigan M. Soc. 50, 504, 1951.

896. THOMPSON J.D. - Obst. Gynec. 9, 403, 1957.

897. THOMPSON W. - Report of a case of endometriosis of the umbilicus. Am. J. Obst. Gynec. 22, 917-920, 1931.

898. THOMS G. - Inaug. Diss. Halle 1951.

899. THOMSON A.P. - Malignant endometrioma with metastase in the lungs. Proc. Roy. Soc. Med. 19, 16, 1925.

900. TIXIER et POLOSSON - Adenomyome de l'espace recto vaginal. Hysterectomie abdominale totale. Guérison. Lyon Chirurgical. XXVII, 503, 1930.

901. TOLSON H.L. et SKITARELJC B. - Endometriose de la vessie. The Urologic and Cutaneous Review. Mars 1948, 144-147.

902. TONGEREN F.C. van - Einige besondere Fälle von Endometriom. Zbl. f. Gynäk. 21-22, 24-25, 1937.

903. TONKES E. - Eine neuere Meinung über die Entstehung der Endometrioïden Heterotopien. Zbl. f. Gynäk. LVI, 1151-1155, 1932.

904. TORNQUIST B. - Endometriosis in vaginal, vulvar and perineal scars. Acta Obst. and Gunec. Scand. 28, 485, 1949.

905. TOURNEUX F. - Sur la présence de cellules épithéliales ciliées dans une tumeur de l'ombilic chez l'adulte. Compte-rendu soc. de biol. 41, 200-201, 1889.

906. TRAMPUZ V. - Endométriose périnéale. Rapport de 5 cas. Am. J. Obst. Gyn. 1er. déc. 1962, 84, n°11, 1522-1525.

907. TURUNEN A. - Endometriosis externa und Sterilität. Acta Obst. Gynec. Scand. XVII, 237-242, 1938.

908. TURUNEN A., TIMONEN S. et PROCOPE B.J. - Sur l'étiologie de l'endométriose. Acta Obst. Gyn. Scand. 1961, 40, n°2 206-222 (Bibliogr.)

909. TWEEDDALE D.N. HOFFMAN K.E. - Atypical endometriosis associated with tubal pregnancy. Obst. and Gynecol. U.S.A. 13, 1, 114-117, 1959.

910. TYRONE C.H. - Clinical features of pelvic endometriosis. J. Oklahoma M.A. 43, 444, 1950.

911. TYRONE C.H. et WEED J.C. - Modern trends in the treatment of pelvic endometriosis. South M.J. 43, 107, 1950.

912. UEBERMUTH H. - Endometriose der vorderen Scheidenwand.Zbl. f. Gynäk. LV, 1058-1064, 1931.

913. UPTON R.D. - Traitement conservateur de l'endométriose. Med. J. Australia, 7 Juil. 1962, 49, n° 1, 15-18 (Bibliogr.)

914. VANDIEST L. et BAST A. de - Les endométriomes latents du sigmoïde. Bruxelles Méd. 14 mai 1961, 41, n° 20, 701-713 (Bibliogr.)

915. VASSMER W. - Arch. f. Gynäk. CXXIII, 187, 1925.

916. VEHASKARI A - Conservative surgery in the treatment of endometriosis. Ann. Chir. et Gynaec. Fenniae. 38, supp. 3 599, 1949.
- Abstract in : Exc. Med. Section X Obst. Gynec. 3, 276, 1950.

917. VEHASKARI A. - Conservative surgery in the treatment of endometriosis. Acta Obst. et Gynec. Scandinav. 30, Supp.7 339, 1950.

918. VERGER M. - Une endométrite du post-martum. Bull. Féd. Soc. Gyn. Obst. Sept-Oct. 1963, n° 4, 527-528.

919. VERHAGE J.C. - Endometriosen. Thèse Utrecht 1937.

920. VIARS S. - Remarques sur la physiopathologie des endométrioses. Thèse Paris 1955.

921. VIC D. - Contribution à l'étude des endométriomes (Endométriomes et malformations utérines) Thèse de Montpellier 1938.

922. VILLARD E. REGAD J. et CONDAMIN R. - Du rôle des états endométrioïdes dans la pathogénie de la grossesse tubaire. Gynec. et Obst. XXXIII, 305-336, 1936.

923. VIOLET et MICHON - Les adénomyomes de l'utérus et des ovaires. Gynec. et Obst. XII, 403-413, 1925.

924. VITALIS T., PAPATHEODOROU B. et MACRIS P. - La fréquence des foyers ectopiques de l'endomètre. Gynec. prat. Mai-Juin 1961, 12, n° 3, 185-189 (Bibliogr.).

925. VOEGE - Geburtsh. u. Frauenk. 48, 1947.

926. VOGT E. - Ueber das Adenomyome und die Adenomyosis. Münch. Med. Wschr. XI, 2043-2047, 2080-2083, 1931.

927. VOGT E. - Carcinoma auf der Basis einer Endometriosis. Med. Welt. 1548-1549, 1936.

928. WADE W.G. - Un cas d'adénoacanthome primitif de l'ovaire, prenant naissance dans un kyste endométrial. J. Obst.Gyn Brit. Emp. Fév. AOYo, 67, n° 1, 136-137 (Bibliogr).

929. WAEGELI Ch. - Les hétérotopies de la muqueuse utérine. Gyn et Obst. XIV, 158-177, 1926.

930. WALZ K. - Zur Frage der Entstehung der heterotopen Wucherungen vom Bau der Uterus Schleimhaut. Centralbl. f. Allg Patol. u. Path. Anat. 37, 290-299, 1926.

931. WARE H.H. Jr. - Endometriosis and Pregnancy. Am. J. Obst. Gynec. 59, 715, 1950.

932. WEBSTER B.H. - Endométriose envahissante du sigmoïde avec obstruction. Am. Practitioner Dig. Treatment, mars 1961, 12, 205, in Internat. Surg. Dig. Juil. 1961, 70, n° 7,442-444.

933. WEIJTLANDT J.A. - Endometriosis of Bladder. Proc. Roy.Soc. Med. 27, 1493-1498, 1934 et 34° Congrès franç. d'Urol. 526-533.

934. WEILER C.V. - Endometriosis of the umbilicus. Am. J. Path. 11, 281-286, 1935.

935. WEINROD N.M., BAGG J.F. et SHORNOFF J.G. - J. Obst. Gynec. 7, 161, 1956.

936. WEISBAND B.J. et MODICA C. - Endometriosis of the umbilicus Am. J. Surg. 74, 827, 1947.

937. WEISS A.G. et FOBE H. - Endométriome périnéoanal. Bull.Soc. Obst. Gynec. XXV, 99-102, 1935.

938. WEISS A.G. et SYNEPHIAS M. - Deux observations d'endométriose du périnée. Quelques considérations sur la pathogénie de ces tumeurs. Ann. d'Anat. Path. XV, 745-754, 1938.

939. WELLER C.V. - Menstruating umbilical tumors. Abst. Am. J. Path. 3, 553, 1927.

940. WELLER C.V. - Ectopic decidual reaction and its significance in endometriosis. Am. J. Path. 11, 287-290, 1935.

941. WERTHEIM E. - Die etweiterte abdominale Operation bei Carcinoma Celli Uteri. 1 Vol. Urban und Schwarzenberg Ed. Berlin und Wien 1911.

942. WETTERDAL P. - Clinical experiences in endometriosis.Acta Obst. et Gynec. Scandinave. 30, Supp. 7, 331, 1950.

943. WEYENETH R. - Kongenitale Adenomyosen. Frank. z. Path. XLVI, 43-46, 1933.

944. WHITE R.J. - Simultaneous acute obstruction of the colon and terminal ileum from endometriosis. Surg. Gynec. Obst. 35, 947, 1954.

945. WHITE M.F. Melle - Stérilité et endométriose du petit bassin. Gynec. prat. 1960, 11, n° 5, 379-382.

946. WHITEHOUSE H.B. - Endometriom invading the bladder removed from a patient who had never menstruated. Proc. Roy. Soc. of Med. XIX, 15, 1926.

947. WHITERSPOON J.T. - Hormonal origin of endometrioma. A hypothesis. Arch. of Path. XX, 22-27, 1935.

948. WICKS M.J. et LARSON C.P. - Histologic criteria for evaluating endometriosis. North-West M. 48, 611, 1949.

949. WILLIAMS G.A. - Endometriosis of the uterovesical orifice. Urol. Crit. Rev. 47, 550-556, 1943.

950. WILLIAMS G.A. et RICHARDSON A.C. - Endometriosis at the cervix uteri. Obst. Gynec. 6, 309, 1955.

951. WILLIAMS G.A. - L'endométriose du col de l'utérus, une maladie courante. Am. J. Obst. Gyn. Oct. 1960, 80, n° 4, 734-741, 7 fig. (Bibliogr.)

952. WILLIAMS B.F.P. - Traitement conservateur de l'endométriose par progestino-thérapie (Noréthynodrel). Am. J. Obst. Gyn. 15 mars 1962, 83, n° 6, 715-719 (Bibliogr.)

953. WILLIAMS J.F., WILLIAMS J.B. et HARPER J.W. - Endométriose thoracique. Am J. Obst. Gyn. 1er Déc. 1962, 84, n° 11, 1512-1515 (Bibliogr.)

954. WILLIAMS C. Jr. - Endométriose du côlon chez la femme âgée. Ann. Surg. Juin 1963, 157, n° 6, 974-979, 7 fig.

955. WILLIS R.A. - "Metaplasia" in King Lowe and Cox Studies in Pathology Carlton Victoria Australia. Melbourne University 1950.

956. WINCKELMANN P. - Zbl. Gynäk. 81, 1952.

957. WINESTINE F. - Formation of decidua of pregnancy in adenoma endometrioides ovarii. Arch. Surg. VIII, 772-781, 1924.

958. WINSTON J.M. et BRADY L.W. - Endométriose stromale. Rapport d'un cas. Radiology, Juil. 1961, 77, n° 1, 111-113 (Bibliogr.)

959. WITSCHI E., NELSON W.O., SEGAL S.J. - Genetic, developmental and hormonal aspects of gonadal dysgenesis and sex inversion in Man. J. Clin. Endocrinol & Metabol. 17, 737, 1957.

960. WITSCHI E. - Embryology of the uterus normal and experimental. Annals of the New-York Academy of Sciences. Vol 75, Art. 2, 412-435, 9 Janv. 1959.

961. WITZ R. - Contribution à l'étude des endométriomes (périnée). Thèse de Strasbourg 1938.

962. WOLFE S.A., MACKLES A. et GREENE S.J. - Revue générale de l'endométriose du col utérin. Am. J. Obst. Gyn. Janv.1961 81, n° 1, 111-123, 11 fig. (Bibliogr.)

963. WOLFF K. - Experimentelle und kasuistische Beiträge zu der Entstehungsfrage der endometrioiden Heterotopien. Frank. f. Path. XL, 247-271, 1930.

964. WRIGHT S.W. - Endométriose. J. Obst. Gyn. Brit. Commonw. Oct. 1962. 69, n° 5, 804-805.

965. WULFING H. - Zur Pathologie der Geschwultsbildung im weiblichen Geschlechtsapparat. Ztschr. f. Geburtsh. u. Gynäk. XLIV, 1-25, 1901.

966. X. - L'endométriose. Am. J. Obst. Gyn. Sept. 1961, 82, n° 3, 702-709.

967. YIN Y.C. - Endometriosis and adenomyosis. West J. Surg. 54, 490, 1946.

968. ZAHEDI E. - Les localisations extra-péritonéales de l'endométriose. Thèse de Lyon 1937.

969. ZALESKI W. - Adenomyosis experimentalis nach Interruptio graviditatis durch Curettage bei Kaninchen. Zbl. f. Gynäk 1046-1050. 1936.

970. ZALESKI W. - Adenomyosis uteri interna experimentalis,nach Injektion von Iodtinktur bei Kaninchen. Zbl. f. Gynäk. 2664-2671, 1936.

971. ZALESKI W. - Experimentelle Endometriosis bei Kaninchenweibchen nach Prolaninjektionen. Zbl. f. Gynäk. 2426-2429, 1937.

972. ZANDER E.L., D'INGIANNI V. et GUIDRY E.R. - Endometriosis as cause of small bowel obstructions. J. Internate Coll. Surg. 2, 149, 1948.

973. ZAVALETA D.E., GIROLAMI I.S. et BRAGADINI L.A. - Endométiose de l'ombilic. Prensa Méd. Argent. 2 Juin 1961, 48, n° 22, 1588-1592 (Bibliogr.)

974. ZEIDEMAN I. et BUSS J. - Transpulmonary passage of tumors cells. Cancer Res. 12, 731, 1952.

975. ZEIFER H.D. - Endométriose du ligament rond extra-péritonéal Am. J. Surg. Déc. 1962, 104, n° 6, 883-886 (Bibliogr.)

976. ZILLIACUS H. et WIDHOLM O. - Ann. Chir. u. Gynaek. fenn. 41, 60-62, 1952.

977. ZWIEBEL L. - Primary endometriosis of the cervix. 65, 135, 1953.

BIBLIOGRAPHIE COMPLEMENTAIRE

978.CAPELLE - Geburtsch-und Frauenklinik. 23, 6, 576, 1963.

979. GOODALL Jr. - Endometrioma interstitiale. J. Obst. Gynaec Brit. Emp. 47, 13-39, 1940.

980. HOLTZ F. - Endométriome et réaction gravidique. Gynec et Obst. 38, 278-279, 1938.

981. HUNTER W.C. NOHLGREN J.E. and LANCEFIELD S.M. - Stromal Endometriosis or endometrial sarcoma. A reevaluation of old and new cases, with special reference to duration recurrences and metastases. Am. J. Obst. Gynec. 72, 1072-1088, 1956.

982. NICOD J.L. - L'endométriose cytogène. Ann. Anat. Path 5 (Nouvelle série) 475-483. 1960.

983. PARK W.W. - Nature of stromatous Endometriosis. J. Obst. Gynaec. Brit. Emp. 56 759-776, 1949.

984. RIDLEY J.H. and EDWARDS I.K. - Experimental endometriosis in the Human. Am. J. Obst. Gynec. 76, 783-790, 1958.

985. ROBERT - Gyneco-Obst. 62, 4, 478, 1962.

986. Maj. WILLARD, STECK, USAF, MC and ELSON B, HELWIG M.D. Cutaneous Endometriosis. JAMA V 1. 191, n° 3, 1965

-=oOo=-